

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

728

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marc, André LANDRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 24 Décembre 1929, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU DIAGNOSTIC DES PSYCHOSES INFANTILES
A FORME SCHIZOPHRENIQUE

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS (VI^e)

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Marc, André LANDRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
né le 24 décembre 1929 à Paris

--

Présentée et soutenue publiquement le

--

CONTRIBUTION A L'ETUDE
du
DIAGNOSTIC des PSYCHOSES
INFANTILES à FORME SCHIZOPHRENIQUE

--

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

--



DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547110_0007

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCCQ (P), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P), DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E), LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHTET (C), STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports }	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Inst.G.Roussy)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
{ Beaujon	SICARD (A)
{ Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales { Hôtel-Dieu	
{ Saint-Antoine	GOSSET (J)
{ Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) }	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) }	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis) }	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) }	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T)
(Broussais)	GENNES (L. de)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Lariboisière)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D)
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales (Port-Royal)	N...
(Tarnier)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B)
Electrophysiologie médicale (chaire à t.pers.)	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE,

PROFESSEURS AGREGES et MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. (BUSSER (F)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(VOURCH (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf. (SCHAPIRA (G) m.conf. (BOURLIERE (F) m.conf.
Biologie médicale	(DENOIX (P) (MATHE (G) (DUPERRAT (B)
Carcinologie	(LEDOUX-LEBARD (G) (TUCHMANN-DUPLESSIS (H) (BILSKI-PASQUIER (G)
Dermato-Syphiligraphie	(DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M)
Electro-Radiologie	(RACADOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr. s.ch.
Embryologie	(CORRE-HURST (Mme L.) (BASTIN (R) (DUPONT (V)
Hématologie	(DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E)
Histologie	(GUENIOT (M) (ALBAHARY (C) (DAVID (M)
Hydrologie	(LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E)
Hygiène	(LE LORIER (G)
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neuro-chirurgie	
Neurologie	
Obstétrique	

Obstétrique	(MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R) (RAMADIER (J)
Orthopédie	DEBAIN (J)
Oto-rhino-laryngologie	(BRUMPT (L.C.) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LAURENCE (G) agr.pers. (LORTAT-JACOB (J.L) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie chirurgicale	(SCHNEIDER (J) (CROSNIER (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J) (PLAS (F) (RICHEL (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (CORY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C)
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	

Pathologie médicale	(NICK (J) PEQUIGNOT (H) m. conf. ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Mlle J) pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch. (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m. conf. (KELLERSHON Pneumo-phtisiologie KREIS (B) Psychiatrie PICHOT (P) Psychiatrie infantile DUCHE (D) Rhumatologie DELBARRE (F) (CERNEA (P) Stomatologie CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) Thérapeutique LAMOTTE (M) (QUENU (L) Urologie
---------------------------	--

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE
COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique chirurgicale	(ABCULKER (P) (AMELINE (A) (HUGUIER (J) (LEGER (L) (OLIVIER (C) (PADOVANI (P) (POILLEUX (F) (ROUX (M) (VERNE (J.M) (HAGUENEAU (J) pr. s. ch. (BOUDIN (G) (CONTE (M) (DOMART (A) (MILLIEZ (P) (PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (S) (TURIAF (J)
Clinique médicale	

Clinique neuro-rhumatologique	SEZE (S. de)
	{ GRASSET (J)
	{ LEPAGE (F)
Clinique obstétricale	{ MAYER (M)
	{ MERGER (R)
	{ RAVINA (J)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P)
	{ OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentée, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Famille

A mes Amis

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de clinique neuro-psychiatrique
infantile à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur de bien
vouloir accepter la présidence
de notre thèse.

En témoignage de notre reconnaissance
et de notre gratitude.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Georges HEUYER

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous a guidé de ses conseils en nous accueillant dans son service, nous orientant dans le choix de la neuropsychiatrie infantile.

En témoignage de notre respectueuse affection.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur ALAJOUANINE,
Monsieur le Professeur Agrégé CASTAIGNE
Monsieur le Professeur Agrégé LHERMITTE
Monsieur le Professeur Agrégé DUCHE
Monsieur le Docteur GUILLAUME
Monsieur le Docteur PERON
Monsieur le Docteur Jean WEILL

Qui nous ont ouvert leur service
nous faisant profiter de leur
enseignement et nous donnant
l'exemple de leur humanisme.

A mes Maîtres de l'Internat des Hôpitaux Psychiatriques
de la Seine.

Monsieur le Docteur DESHAIES

Médecin Chef de l'établissement national
de Saint-Maurice

Qui fut notre premier maître d'internat
et nous donna le goût des études
psychopathologiques.

Monsieur le Docteur MARTIMOR

Médecin Chef du Centre psychiatrique Ste- Anne

Qui nous accueillit avec sa bien-
veillance coutumière dans son
service.

Monsieur le Docteur MONTASSUT

Médecin de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif

Qui nous fit connaître l'approche
psychosomatique et ne nous ménagea
pas son appui

A Monsieur le Docteur SIVADON

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Qui nous a montré la voie du travail
de groupe au sein d'une équipe
médico-sociale.

A mes Maîtres de l'Infirmierie spéciale du Dépôt

Monsieur le Docteur GALLOT

Monsieur le Docteur BUREAU

Monsieur le Docteur TRILLAT

Qui nous firent profiter de leur
expérience clinique.

En témoignage de notre profonde
estime.

A mes Maîtres de Conférence

A Monsieur le Docteur Henri EY

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Qui accepta de nous compter
parmi ses élèves, nous prodiguant
son enseignement et nous guidant
dans nos recherches.

A Monsieur le Professeur J. de AJURIAGUERRA

Professeur de Clinique neuropsychiatrique à la
Faculté de Genève

Qui fut pour nous un exemple
constant de science et de dévouement. En témoignage de reconnaissance pour ses conseils éclairés.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU DIAGNOSTIC DES PSYCHOSES INFANTILES
A FORME SCHIZOPHRENIQUE

- :-

P L A N

Introduction

Chapitre 1 : Historique et position du problème

- 1 Données des classiques
- 2 Courant Anglo-Saxon
- 3 L'Ecole clinique française
- 4 Les recherches psychanalytiques

Conclusion : Rencontre actuelle des points de vue dans une analyse génétique et structurale.

Chapitre 2 : Critiques Méthodologiques

- En fonction du sujet
- En fonction de l'âge et du développement de l'enfant

Nécessité d'un abord par des voies multiples.

Chapitre 3 : Les observations cliniques

Chapitre 4 : L'étude du matériel clinique

- 1 Les antécédents familiaux et personnels.
L'histoire du développement
- 2 Modes de début
- 3 Données de l'examen
 - 1 - La présentation de l'enfant
 - 2 - Le contact affectif
 - 3 - Le langage, le dessin et le jeu
 - 4 - L'examen intellectuel et les tests
 - 5 - L'examen neuromoteur
 - 6 - L'électroencéphalogramme
 - 7 - L'encéphalographie gazeuse.

II

Chapitre 5 : Les étapes du diagnostic

1 Le Diagnostic différentiel

- Les affections aiguës du système nerveux
- les démences infantiles
- les états d'arriération

2 Le diagnostic des symptômes cliniques aux différents âges.

- A - Au début de la deuxième enfance
- B - A l'âge préscolaire
- C - A l'âge scolaire

3 Le Diagnostic structural

- Le syndrome de dépersonnalisation
- L'autisme
- L'envahissement de l'irréel

Chapitre 6 : Psychopathologie

Conclusions

Bibliographie

AVANT-PROPOS

-:-

L'important développement de la neuro-psychiatrie infantile a apporté au cours de ces dernières années des références nouvelles dans l'étude des troubles de la maturation de l'enfant et a permis de mieux comprendre des désordres dont la complexité avait rendu longtemps l'abord impossible. Parmi les troubles psychiques qui affectent l'enfant, les psychoses ont pris une place croissante, suscitant des discussions passionnantes, sinon passionnées : en quelques mois, trois réunions ont été consacrées à l'étude des schizophrénies infantiles : Journées Nationales du groupement d'études de Neuro-Psychopathologie infantile (Clermont-Ferrand Mai 1956), Journées de Bonneval (Avril 1957), IIIème Symposium de l'Union européenne des Pédo-psychiatres dans le cadre du 2ème congrès mondial de psychiatrie de Zurich (Septembre 1957).

Ce n'est pas par hasard, nous semble-t-il, qu'une telle mise au point de la question des psychoses infantiles a vu le jour. Car, longtemps cantonnée à l'étude des arriérations et des encéphalopathies, la psychiatrie infantile ne s'est intéressée que plus tard à l'existence des troubles les plus fins, des formes morbides les plus complexes, les plus mouvantes, et ceci grâce aux progrès de la clinique et des sciences humaines qui ont placé le problème des psychoses de l'enfant au coeur même des grands courants de recherches de la psychopathologie générale.

L'historique montrera les voies parfois détournées qui ont permis d'aborder la question des psychoses chez l'enfant :

- à partir des états morbides de l'adulte,

- à partir de l'étude du développement de l'enfant et de ses perturbations.

La notion d'évolution dominant tout notre sujet nous conduira à une discussion méthodologique indispensable pour tenter une approche diagnostique : dans quelle mesure les

différentes méthodes d'examen de l'enfant se complètent-elles ? Comment pouvons-nous les utiliser pour notre objet d'étude ? Comment une analyse discriminative peut-elle permettre d'établir un diagnostic plus précoce ?

Notre travail reposant sur des observations cliniques d'enfant hospitalisés à la clinique de Neuropsychiatrie infantile de la Salpêtrière nous nous sommes attachés à préciser les conditions de l'examen en psychiatrie infantile et à envisager les données sur lesquelles nous étions en droit de proposer le diagnostic d'état psychotique chez un enfant avant l'apparition de signes pubertaires. Après avoir étudié le diagnostic positif et le diagnostic différentiel nous terminons ce travail par un essai psychopathologique permettant de définir ce que nous entendons par psychose infantile. Nous ne méconnaissons pas l'ambition d'un tel travail, nous ne prétendons pas apporter une doctrine nouvelle mais, restant sur le terrain solide de la clinique, établir les critères d'un diagnostic, en utilisant les données actuelles de la neurobiologie, de la psychologie génétique et de la psychiatrie suivant en cela la voie tracée par notre maître le Professeur Heuyer qui fut le pionnier de la pédopsychiatrie et qui eut le mérite d'utiliser sans en exclure aucune toutes les méthodes permettant de mieux connaître les troubles que nous étudions aujourd'hui.

CHAPITRE I

HISTORIQUE ET POSITION DU PROBLEME

-:-

I.- Données des classiques.

A/ Avant KRAEPELIN :

Les auteurs du dix-neuvième siècle ignorent les psychoses chez l'enfant ; les arriérations forment un groupe clinique mal délimité où sont réunies les idioties congénitales, acquises, les épilepsies, les encéphalopathies.

ESQUIROL (1834) sépare l'idiotie génétique "démence congénitale" de la démence acquise, idiotie chronique accidentelle, selon la célèbre métaphore : "Le dément est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère".

FRIEDREICH (1835) est le premier auteur à envisager la possibilité de troubles psychiques, chroniques chez les enfants, suivi par

GRIESINGER qui dès 1845 se montre un précurseur : "La folie systématisée est exceptionnelle chez l'enfant car le moi n'est pas formé à cet âge de manière stable de sorte qu'il ne peut présenter une perversion durable ; les idées délirantes ne peuvent s'emparer de l'esprit de l'enfant tant il est mouvant. Quant à l'excitation prolongée au cours des maladies mentales primitives, elle peut conduire à un état de démence totale. L'intelligence n'étant pas encore développée, les troubles mentaux produisent de véritables arrêts du développement alors que chez l'adulte ils amènent plutôt un état de démence partielle."

DELASIAUVE (1852) admet la possibilité de fureur maniaque chez l'enfant de 7 à 8 ans sous forme d'accès aigus sans suite qu'il rapproche des épisodes délirants toxi-infectieux mais signale aussi des enfants susceptibles de présenter un tableau mélancolique ou stuporeux conduisant à une aliénation.

MOREL (1860) élève la psychiatrie au-dessus d'une simple description des signes cliniques en orientant sa classification selon les critères étiologiques. Il englobe la plupart des troubles mentaux dans le vaste concept de dégénérescence en réunissant "les déséquilibrés, les dégénérés héréditaires présentant des signes de manie instinctive, de folie morale". Il est le premier à décrire sous le nom de déments précoces des jeunes sujets "tarés congénitaux versant peu à peu dans un état d'affaiblissement intellectuel avec production de phénomènes intercurrents de stupidité".

MAGNAN avec son élève LEGRAIN montre que ces sujets dégénérés n'attendent qu'un prétexte pour délirer "ces bouffées délirantes marquées du sceau de l'intermittence se rencontrent particulièrement chez des débiles et chez des adolescents mais paraissent exceptionnelles chez l'enfant."

C'est à KAHLBAUM et à son élève HECKER que revient la description princeps en 1871 de l'hébéphrénie : processus morbide survenant à la puberté caractérisé par une forme spéciale de démence où la clinique retrouve la succession ou l'alternance de phases mélancoliques maniaques et confuses. L'isolement de cette entité morbide n'est pas tant basé sur la constatation de signes cliniques que sur la rapide évolution vers un affaiblissement intellectuel. Quelques années plus tard, KAHLBAUM décrira la catatonie et séparera des déments précoces les héboïdophrènes, sujets dont le déficit moral l'emporte sur le déficit intellectuel, qu'il rapprochera des pervers déséquilibrés.

MOREAU DE TOURS (1888) applique les idées de la psychiatrie adulte de son époque, toute emplie des concepts de la dégénérescence, à l'enfant et pense qu'en dehors des anomalies congénitales, des psychoses dégénératives, de l'épilepsie, la folie est rarissime avant la puberté. Il ne reconnaît pas l'idiotie acquise "on est idiot, on ne le devient pas" et pense que confusion et délire ne se rencontrent pas chez l'enfant en dehors des états aigus toxi-infectieux et de la chorée. Cependant il décrit quelques observations d'enfants qui après avoir eu un développement normal sombrent dans un état de stupidité. Il faudra attendre vingt années pour que les études permettent d'isoler les démences infantiles non symptomatiques d'affections cérébrales organiques connues mais entre temps la psychiatrie aboutit à une vaste synthèse dans l'oeuvre de KRAEPELIN.

B/ KRAEPELIN :

En 1895, cet auteur distingue deux entités fondamentales deux psychoses endogènes :

- la psychose maniaco-dépressive connue déjà par les descriptions de FALRET et BAILLARGER sous le nom de folie circulaire, à double forme, qui ne se rencontre pas avant l'adolescence.

- la démence précoce réunissant un groupe de psychoses rattachées entre elles par un critère évolutif : la notion d'un affaiblissement démentiel terminal. Ces états morbides peuvent s'installer dans l'enfance et évoluer par une série de poussées successives. KRAEPELIN note dans les antécédents des déments précoces la fréquence d'une première atteinte dans 3,5 % des cas avant quinze ans.

Chez des sujets débiles il existe une possibilité de détérioration profonde liée à une hébéphrénie greffée sur l'arriération (Propschizophrénie).

En 1906, à partir de la notion de psychose kraepelienne, SANCTE DE SANCTIS décrit chez une fillette de trois ans une "dementia praecocissima catatonica" et une série d'états chroniques atteignant l'enfant de quatre à dix ans à débuts brusques et à évolution démentielle en une ou plusieurs poussées. Le rôle des traumatismes affectifs tiendrait une place dans la rapidité d'évolution.

HELLER en 1909 décrit une démence infantile survenant vers l'âge de quatre ans qui aboutit en quelques mois à une idiotie profonde.

VOGT nie l'existence d'une entité (démence précoce infantile) car on ne peut calquer la nosographie des psychoses chez l'enfant sur celles de l'adulte sans tenir compte de son niveau de développement.

WEYGANDT et ZAPPERT recherchent des critères permettant de distinguer la démence infantile d'apparence cryptogénétique des autres démences infantiles organiques toxi-infectieuses ; l'intégrité du développement psycho-moteur, l'apparition brutale de troubles du langage et de très graves perturbations du comportement : agitation incohérente et incoercible entrecoupée de phases de mutisme sont en faveur du diagnostic de démence infantile dont le tableau est complété par l'existence :

- de perturbations affectives profondes : détachement

de la famille et des jeux, troubles instinctifs ;

- d'une atteinte intellectuelle : difficulté de fixation d'attention, l'enfant n'acquiert plus de connaissances nouvelles, perd ce qu'il a acquis et sombre dans un état d'idiotie.

Constrastant avec la gravité du tableau l'état somatique est conservé. A cette époque, l'absence de vérification histologique et de méthodes d'investigation para-cliniques rend très difficile l'interprétation d'un tel syndrome où, à côté d'états psychotiques, figurent d'authentiques démences organiques secondaires à une encéphalopathie.

C/ BLEULER et l'école de langue allemande.

La description du "groupe des schizophrénies" en 1911 marque un tournant fondamental dans l'évolution des idées sur les psychoses. Il ne s'agit plus d'étiqueter les formes cliniques d'une maladie mais de rattacher à un cadre un groupe d'états morbides variés reliés par l'existence d'une structure psychologique commune. Ce ne fut pas une des moindres préoccupations du clinicien que d'envisager les rapports de la psychose et du fond humain sur lequel elle se développait et de décrire des symptômes schizophréniques en fonction de l'histoire du schizophrène. Le dénominateur commun de ces états ne peut être la démence - aboutissement possible du processus évolutif - mais la dislocation "spaltung" de la vie psychique ; la dissociation entre l'atteinte de la sphère instinctivo-affective et la conservation des fonctions intellectuelles représentaient un signe majeur des schizophrénies alors que nombre de symptômes dits secondaires sont l'expression des réactions du sujet atteint par le processus.

BLEULER n'élimina pas du champ de ses investigations les délicats problèmes du début de la psychose et des prodromes en regard de la maladie ; "il est certain que dans beaucoup de schizophrénies on peut relever des traces qui remontent aux premières années de la vie et que ces signes avant-coureurs font partie du tableau clinique d'au moins cinq pour cent des cas".

Les formes de début insidieuses sont confondues avec les formes latentes rencontrées chez des sujets qui n'aboutiront pas à la psychose confirmée ; cette notion d'états dégradés devait prendre une importance plus grande dans les études caractériologiques basées sur la notion de constitution.

C'est KRETSCHNER qui fonde sa description de la schizophrénie sur l'existence d'un caractère "schizoïde" qui se

combine à des facteurs de complément ; l'articulation entre le passé du malade et les manifestations cliniques est résolue par l'idée d'une constitution prédisposante. L'éclosion des troubles étant liée à des facteurs endogènes ou exogènes ; dans cette perspective, la schizophrénie ne résulte plus d'un accident mais s'inscrit dans la lignée du développement ; la maladie est l'accentuation psychotique du tempérament ; dans cette hypothèse génétique, la constitution représente la combinaison de particularités héréditaires, d'actions du milieu et des réactions de la personne.

L'application à l'enfant des concepts bleulériens posait la question des limites de la schizophrénie.

MAYER-GROSS (1932) nie l'authenticité d'une schizophrénie infantile vu l'absence de critères diagnostiques spécifiques compte tenu de l'indifférenciation des troubles exprimés par l'enfant.

L'étude de LUTZ (1937) représente une synthèse conçue dans l'esprit de la nosographie de BLEULER ; après une revue critique de la littérature , LUTZ ne range comme schizophrénies infantiles que les seuls cas cliniques apparus avant 10 ans, ayant fait la preuve de leur nature dissociative par leur évolution.

Le début des troubles est marqué par une cassure dans la ligne du développement, des perturbations affectives importantes , un repli dans un monde intérieur fermé, une perte du contact avec les personnes traduite par un mutisme ou un langage incohérent, des modifications de l'humeur, des troubles des associations.

Deux formes cliniques sont identifiées :

- stuporeuse, d'aspect catatonique, à début aigu vers 5-6 ans, à évolution rapide vers un état de pseudo-arriération ;
- autistiques, de constitution progressive, aboutissant par une ou plusieurs poussées successives au tableau de la dissociation.

LUTZ fait la critique de l'application à l'enfant de la nosographie adulte car l'imaginaire et le réel étant chez lui confondus, il ne peut présenter des hallucinations vraies ni un délire construit, tout au plus certains enfants rêveurs manifestent un comportement absurde et deviennent à la puberté des hébéphènes délirants.

D'une étude clinique très complète, il propose pour dé-

finir la psychose chez l'enfant un choix de critères très stricts :

- Troubles importants du contact apparus avant 10 ans chez des sujets indemnes d'antécédents encéphalopathiques ;
- Evolution vers un affaiblissement démentiel, par poussées survenant électivement lors des périodes critiques : 4 ans, 7 ans, 12 ans.

Le seul problème de diagnostic différentiel est celui des manifestations réactionnelles de certains moments de la vie du sujet ; en fait, la schizophrénie définie comme "processus rompant la ligne de vie" , son diagnostic est le plus souvent rétrospectif.

Depuis le travail de LUTZ, il ne semble pas que les auteurs de langue allemande aient modifié leurs positions nosographiques, le problème du diagnostic précoce reste posé en pratique ; l'orientation vers la recherche de facteurs organiques fait distinguer à VILINGER les schizophrénies des pseudo-schizophrénies rencontrées au cours des atteintes lésionnelles du système nerveux ; faute de critères cliniques précis, c'est l'évolution vers la régression intellectuelle qui fait porter le diagnostic de psychose.

CORBOZ a repris la classification de LUTZ distinguant les formes de l'âge préscolaire et de l'âge scolaire et insistant sur les troubles primordiaux de l'affectivité.

A côté de ces études qui tendent à restreindre le diagnostic aux cas évolués, nous allons passer en revue quelques travaux de langue anglaise qui étendent le domaine de la schizophrénie infantile.

2.- LE COURANT ANGLO-SAXON :

Profondément influencée par les recherches d'A. MEYER et de MELANIE KLEIN, l'école américaine aborde la question de la schizophrénie infantile par l'étude des troubles affectifs des enfants en recherchant la signification des manifestations du comportement par rapport au milieu environnant.

POTTER (1933) publie six observations de psychoses touchant des enfants de 6 à 12 ans ; il insiste sur la nécessité d'une régression tant intellectuelle qu'affective pour affirmer le diagnostic ; l'étude du milieu familial le montre constamment perturbé, les relations de l'enfant avec le monde ne peuvent s'établir.

BRADLEY (1942) ne remanie guère le cadre des schizophrénies infantiles en étendant le nombre des cas, le signe essentiel est la perte du contact avec le monde extérieur, les troubles du comportement dépendent de l'état du développement de l'enfant, c'est-à-dire de son histoire.

LAURETTA BENDER dans une série de publications de 1938 à 1956 réunit un matériel clinique considérable portant sur des centaines de cas examinés au Bellevue Hospital de New-York ; pour cet auteur, la schizophrénie infantile représente un désordre global de tout l'organisme, lié à un retard maturatif dont le début remonte à la vie embryonnaire et qui se révèle à l'occasion d'une crise physiologique (naissance, 3 ans, 7 ans, puberté).

Trois types cliniques sont décrits :

- l'enfant autistique, pseudo-déficient, présentant un retard de maturation psycho-motrice ;
- l'enfant pseudo-névrotique chez qui les manifestations anxieuses dominent la scène,
- l'enfant pseudo-psychopathe qui manifeste des désordres de la conduite à type d'opposition, d'agressivité,

Un certain nombre de traits communs se retrouvent chez les jeunes schizophrènes :

- impossibilité d'entrer en relations avec autrui,
- difficultés d'identification qui se traduit par un trouble de la représentation de l'image du corps, une non différenciation des perceptions internes et externes, une confusion entre le monde extérieur réel et le monde intérieur imaginaire ; plus que d'un syndrome de dépersonnalisation, il s'agit d'une incapacité pour l'enfant de parvenir à la construction d'une identité propre, d'une personnalité orientée dans le temps et l'espace.

La richesse de l'apport de BENDER vient de ce qu'elle envisage les symptômes en fonction de la maturation du système nerveux et du développement de tout l'organisme "chaque âge a ses problèmes, les troubles s'expriment différemment selon le niveau maturatif".

Chez le nourrisson, la réaction aux stimuli externes est amplifiée . L'enfant psychotique conserve des caractéristiques embryonnaires, un défaut d'ajustement du tonus ;

de 2 à 5 ans, le problème de l'acquisition du schéma corporel et du langage.

En résumé, la conception de LAURETTA BENDER est fondée sur une étude génétique et structurale des interactions entre le schéma corporel et le monde perçu ; le trouble primaire est une absence d'organisation de toutes les fonctions neuro-psychiques d'origine constitutionnelle d'où résulte une croissance dysharmonieuse qui se fait par poussées désordonnées.

L. DESPERT est plus proche des classiques ; sa définition de la schizophrénie infantile met au premier plan la perte du contact avec la réalité manifestée dans le comportement, le langage, la pensée et l'affectivité.

La psychose est "un processus morbide lié à une absence ou à une perte de contact affectif avec le réel accompagnée de phénomènes de régression et de dissociation".

La clinique retrouve deux formes principales :

- l'une à début aigu évoluant vers la démence ou une régression idéo-affective,
- l'autre à début insidieux ; plus fréquente, évoluant vers la chronicité.

La personnalité pré-morbide est souvent d'apparence schizoïde ; l'auteur insiste sur la gêne éprouvée par ces enfants à changer de situation ou à nouer des relations avec une personne autre que leur mère dont ils sont étroitement dépendants ; le trouble des premières relations apparaît dans les travaux psychanalytiques comme dans ceux de M. MAHLER qui décrit une "psychose symbiotique" du jeune enfant caractérisée par une impossibilité de se différencier de la mère avec laquelle il vit en parasite, l'origine est très précoce, dans les premiers mois de la vie de l'enfant.

L. KANNER a attaché son nom à l'isolement d'un syndrome appelé "autisme infantile précoce" apparaissant dans les deux premières années de la vie ; l'autisme se manifeste par un isolement extrême qui fait repousser par l'enfant les sollicitations du monde qui l'entoure ; cette défense contre le monde extérieur entraîne des modifications du langage, des troubles moteurs, un autre signe important est le désir anxieux de maintenir identique l'ordre dans lequel se déroule une activité ce qui se traduit par l'existence de stéréotypies, de rituels, de répétitions du langage. Le devenir de ces cas est incertain, les uns aboutissent à un tableau voisin de l'idiotie, les autres conservent une inadaptation, se comportant comme des schizoïdes ou des obsédés anxieux.

L'individualisation d'un tel ensemble est-elle justifiée. KANNER en a fait une entité distincte de la schizophré-

nie infantile ; d'autres auteurs y ont vu une forme prépsychotique. Ces discussions nosologiques sont assez vaines, étant donné l'extension abusive du cadre de la schizophrénie aux USA qui finit par déborder le champ des troubles du caractère et se trouver noyée dans l'ensemble des réactions à des situations vitales difficiles.

3.- L'ECOLE CLINIQUE FRANÇAISE :

HEUYER et ses élèves ont publié d'importants travaux sur les schizophrénies de l'enfant et de l'adolescent, envisageant les modes de début, les aspects cliniques, le diagnostique.

Dès 1929, HEUYER et BOWYSSOU décrivent "les voies d'entrée dans la démence précoce":

- a) chez des dégénérés par des troubles du développement qui évoluent à la puberté vers l'effondrement intellectuel (type démence de MOREL) ;
- b) par un épisode aigu confusionnel ;
- c) par des troubles du caractère revêtant l'allure des perversions instinctives de DUPRE ;
- d) par un syndrome d'automatisme mental au moment de la puberté.

En 1934, HEUYER et DE CHABERT font une revue des démences infantiles, distinguant les démences organiques d'étiologie connue (PG, toxi-infectieuse), les démences cryptogénétiques du type HELLER ou DE SANCTIS qui rentrent dans le cadre des schizophrénies de l'enfant.

Depuis 1948, HEUYER et ses collaborateurs ont regroupé ces psychoses selon un ensemble de critères que nous adoptons dans notre exposé :

- critères sémiologiques, la schizophrénie est une psychose caractérisée par une altération discordante, non primitivement démentielle de l'intelligence, de l'affectivité, du comportement ;
- critère évolutif : tendance spontanée à la chronicité habituelle mais non inéluctable ;
- critère structural : développement dysharmonieux au cours duquel apparaît un phénomène de dépersonnalisation.

Les expressions cliniques varient en fonction du degré de la maturation nerveuse et psychologique du sujet : plus tôt est touché l'enfant, plus profonde est l'atteinte, ce qui explique le caractère massif et global des démences du premier âge.

A côté de la forme précocissime atteignant l'enfant aux alentours de 4-5 ans, on distingue :

- une forme de l'âge préscolaire ou scolaire (schizophrénie simple d'HEUYER) caractérisée par un retrait autistique apparaissant vers 7-8 ans, le plus souvent chez le garçon, conduisant à une dissociation sans délire ni hallucinations.
- une forme survenant de 6 à 10 ans à type de délire de rêverie ;
- une forme prépubertaire, proche de l'hébéphrénie délirante touchant des sujets de 12-14 ans évoluant par poussées vers le tableau classique de la schizophrénie.

L'aspect séméiologique peut être modifié par le terrain. Ainsi certains débiles présentent une courbe de développement irrégulière, une maturation dysharmonieuse avec d'importants troubles affectifs et un effondrement intellectuel ; il est fréquent, dit HEUYER, de retrouver dans les antécédents de ces débiles dissociés, une encéphalopathie fruste qui a laissé des séquelles psychiques évolutives.

L'Ecole de Paris eut le mérite de réunir les observations d'enfants suivis depuis assez longtemps pour que le diagnostic de psychose puisse être assuré et pour éviter de rattacher au groupe des schizophrénies infantiles des troubles graves du comportement réactionnels ou passagers. L'enquête sur le pronostic des troubles du caractère chez l'enfant effectuée par le professeur HEUYER à l'occasion du premier congrès mondial de psychiatrie infantile (1950) montre du reste les risques des étiquettes diagnostiques et des pronostics prématurés infirmés par le devenir de l'enfant.

DURANTON a fait dans sa thèse (1953) une analyse clinique des symptômes des schizophrénies infantiles que nous reprendrons lors de l'étude des critères cliniques du diagnostic ; en fait il n'apparaît pas possible de dégager de ces travaux l'existence de critères spécifiques qui permettraient de poser un diagnostic précoce.

MICHAUX, dans une perspective constitutionnaliste des troubles du caractère a insisté sur le déséquilibre primordial des instincts d'association, de conservation et de reproduction dans les différentes formes de psychoses. Il note la fréquence des antécédents héréditaires dans les déséquilibres instinctifs, les perversions et les psychoses qui sont définies comme "l'exagération pathologique des tendances constitutionnelles".

Il insiste sur la difficulté de discrimination du début de la schizophrénie infantile qui peut revêtir de multiples aspects, le niveau d'organisation des structures nerveuses

déterminant la forme clinique qui n'est pas définitivement fixée. Les signes prodromiques ne peuvent être réunis dans le tableau d'un état prépsychotique plus ou moins réversible mais représentent le début de la psychose.

Les travaux les plus récents mettent l'accent sur le dynamisme des troubles psychiques de l'enfant et sur les interactions entre les manifestations apparentes et l'action du milieu.

4.- L'ECOLE PSYCHANALYTIQUE a considérablement approfondi nos connaissances sur la structuration pathologique de la personne et sur le mode d'éclosion de la schizophrénie; il ne peut être question de résumer les innombrables travaux consacrés depuis ces dernières années au développement du "moi psychotique" mais de citer brièvement les études qui ont trait à l'enfant psychotique.

- LEBOVICI a en 1949 fait une critique de l'application à l'enfant d'une terminologie trop étroite des troubles mentaux. Il a insisté sur la distinction :

- des démences infantiles organiques, consécutives à une encéphalopathie aiguë ou subaiguë d'origine dégénérative ou infectieuse d'une part,
- des psychoses d'autre part définies comme des états chroniques, caractérisés par une absence ou une perte du contact avec la réalité, accompagnés de phénomènes de régression et de dissociation.

Depuis, LEBOVICI a publié une série de travaux sur le développement et la structure psychopathologique de ces états en introduisant une notion capitale : celle de la réversibilité des troubles sous l'effet de la psychothérapie.

Pour cet auteur, les psychoses de l'enfant ne sont pas des états fixés mais sont le résultat d'évolutions dysharmonieuses du développement qui peuvent conduire à l'organisation d'une névrose ou d'une psychose si les conditions endogènes et exogènes limitent les possibilités de réorganisation.

Actuellement, LEBOVICI préfère le terme d'état prépsychotique à celui de psychose; à ce qualificatif d'"état" qui ne rend pas assez compte de la dynamique psychique nous préférons celui de moment prépsychotique.

DIATKINE et STEIN dans une étude toute récente (1958) entreprennent la description des psychoses de l'enfance sous un angle à la fois clinique et structural en différenciant les organisations prépsychotiques, psychotiques et la schizo-

phrénie précocement constituée.

Leur mérite est d'avoir tenté une description dans le temps aux différentes instances du développement libidinal.

a) A la période préoedipienne et oedipienne (3-7 ans)

- Les états psychotiques sont caractérisés par une perturbation évolutive massive déterminant une perte de contact vital avec la réalité que traduisent les deux signes majeurs qui sont le mutisme et l'autisme.

- Les états prépsychotiques déterminent un tableau où prédomine l'anxiété tellement importante qu'elle devient "le mode relationnel essentiel de l'enfant". Les états d'agitation et les troubles des conduites sphinctériennes fréquemment retrouvés prennent leur importance dans le contexte d'angoisse vécue par le sujet.

b) A la période de latence (7-12 ans) les aspects cliniques sont beaucoup plus polymorphes compte tenu de l'organisation des pulsions et des mécanismes de défense.

- Les organisations psychotiques franches se rencontrent sous forme de véritables formations délirantes qui envahissent la personnalité de l'enfant qui "projette ses fantaisies imaginatives dans le réel".

Les états prépsychotiques ne sont pas organisés selon un mode stable.

- Les troubles du caractère frappent par leur caractère inadéquat et inadapté aux circonstances.

Les phobies et les obsessions intriquées dans une dysharmonie du développement affectif constituent un signe d'alarme.

L'anxiété, consciente ou non, est le propre de ces états morbides en voie de structuration qui sont en perpétuel remaniement aboutissant à l'adolescence soit au tableau de la schizophrénie juvénile classique, soit à une névrose structurée, soit à un déséquilibre psychique.

DIATKINE et STEIN dépassent finalement les positions cliniques et psychologiques en aboutissant à une véritable description phénoménologique des états morbides vécus par l'enfant. La psychose est définie par eux non d'après l'existence d'un ensemble de signes mais d'après l'analyse de la relation de l'enfant et du monde environnant : les états

psychotiques sont caractérisés par une "perte globale et homogène de la connaissance de la réalité".

- AJURIAGUERRA, conciliant les données de la psychanalyse avec celles de la neurologie a ouvert une voie nouvelle en décrivant en termes cliniques les premières étapes de la maturation du nourrisson en fonction du milieu environnant et en insistant sur l'intégration des différentes formes d'activité perceptivo-motrices, sensorielles et affectives sans laquelle l'organisme ne peut fonctionner comme un tout. Les désorganisations du fonctionnement neuropsychique chez l'enfant entraînent non seulement une perte des acquisitions mais une perte des relations, les relations nouvelles ne pouvant plus se nouer à partir des expériences manquées, les échecs successifs de la maturation conduisent à une rupture du développement, à une désintégration de l'ensemble.

CONCLUSIONS :

L'historique de la question des psychoses infantiles montre que les différents points de vue reflètent le mouvement des idées de l'époque.

- La première période classique voit la description par KRAEPELIN de la démence précoce et l'individualisation chez l'enfant d'une démence précocissime dont les signes sont calqués sur ceux de l'adulte.

- La deuxième étape est marquée du concept Bleulérien de dissociation. TRAMER et LUTZ décrivent la symptomatologie clinique d'une schizophrénie infantile en insistant sur le critère d'évolutivité qui conduit à porter un diagnostic rétrospectif devant des états évolués.

Le mouvement moderne cherche à établir les critères d'un diagnostic précoce.

Les cliniciens rejettent les cadres trop étroits des entités cliniques et décrivent des psychoses infantiles à partir de l'étude des troubles du caractère.

Les travaux psychanalytiques s'orientent vers une étude du développement de l'enfant et des formes d'organisation morbide de la personnalité en recherchant la signification des désordres du comportement par rapport à l'histoire vécue du sujet.

Le courant actuel concilie les données de l'observation directe des enfants et les renseignements des analyses psychopathologiques. Des publications les plus récentes (LEBOVICI, MALE, DIATKINE, STEIN) se dégagent une perspective structurale

dans laquelle les psychoses infantiles sont vues comme une désorganisation en profondeur de l'appareil psychique et une perspective génétique selon laquelle les formes morbides sont liées aux étapes du développement biologique et psychosocial de l'enfant.

CHAPITRE 2

CRITIQUES METHODOLOGIQUES

-:-

- La plus grande difficulté des études consacrées aux troubles mentaux de l'enfant provient de ce que les différentes voies d'abord ne se recoupent pas; autant d'histoires, autant de cas pris à des moments variables, selon des optiques diverses :

- les unes se basent sur l'anamnèse de cas terminaux et proposent un diagnostic rétrospectif,

- d'autres abordent le problème par l'étude des perturbations précoces du développement, décrivant des signes pré-psychotiques dont l'évolution reste à préciser ;

Faute d'études longitudinales en série, il paraît impossible de saisir le devenir de ces enfants anormaux étiquetés selon les auteurs, déments précoces, schizophrènes, psychotiques, dysharmonieux, atypiques, etc ... A notre connaissance, il n'existe pas de données statistiques sur le nombre de jeunes schizophrènes qui ont dès l'enfance présenté un tableau dissociatif. Pour SHURMANS (1952), il n'existe aucun critère spécifique de schizophrénie infantile "que l'on se base sur l'anamnèse, l'anatomo-physiologie, les formes cliniques, le type évolutif ; il est impossible de définir des entités distinctes, des étiologies précises". Venant compliquer la question, la notion d'un organisme en construction et en perpétuel remaniement rend inapplicables à l'enfant les résultats des constatations cliniques effectuées chez l'adulte. Cette idée de la non identification adulte-enfant explique la position critique de BELEY qui dénonce "l'impossible existence d'une folie discordante dans un système psychique dont la structuration n'est qu'à peine ébauchée"; l'observation d'un matériel clinique particulier (enfants internés à la colonie de Perray-Vaucluse après une évolution notable) lui fait rejeter l'artificielle schizophrénie infantile et admettre la seule notion des démences consécutives à un processus destructeur de l'encéphale touchant l'enfant à des stades privilégiés - si on peut dire - du développement.

Les formes cliniques sont conditionnées par l'âge d'apparition des premiers troubles mais aboutissent à une régression progressive, totale, irréversible; une attitude résolument organiciste limite la discussion diagnostique, puisqu'il ne reste qu'à rechercher une étiologie causale et attendre le déroulement inexorable de la déchéance.

Une autre voie d'abord fut celle de psychothérapeutes cherchant dans l'anamnèse de patients des traits pathologiques remontant à l'enfance. BINSWANGER relève dans l'analyse existentielle de sujets adultes des bizarreries, des perturbations du développement des premières années mais s'agit-il d'une prédisposition ou des prodromes insidieux de la maladie? Certaines positions psychanalytiques n'échappent pas à une critique méthodologique : l'histoire des premières relations de l'enfant avec les objets et le monde extérieur est encore trouble, mais surtout il reste à créer une véritable clinique où soient distingués les différents plans, où ne soient pas confondus forme du symptôme et contenu signifiant.

Il nous paraît souhaitable que les recherches contemporaines s'orientent vers une psychopathologie du développement. En confrontant les signes, en les rapportant à l'étape du développement, on échappe à une double critique.

- celle de ne pas voir le caractère dynamique, fluctuant du symptôme,

- celle d'une interprétation intuitive basée sur une relation intersubjective, qui ne tient pas compte des possibilités de réorganisation ou de restauration

CRITIQUES METHODOLOGIQUES :

- En fonction de l'âge du sujet.

Plus l'enfant est jeune, plus difficile apparaît la possibilité de diagnostiquer un désordre de la maturation, une cassure de la ligne du développement car une atteinte précoce laisse moins de chances de voir substituer les reliquats d'un développement antérieur intact et l'anamnèse est bien souvent insuffisante. Parler de psychose avant une organisation de la motricité, du langage est bien osé, retenons avec la plupart des auteurs l'âge de 3 ans pour situer un désordre complet.

Autre difficulté d'abord du psychisme de l'enfant : le monde fantasmatique dans lequel sa pensée évolue, rend impossible une séparation nette du réel et de l'imaginaire ; c'est dire que la notion de délire est critiquable avant 10 ans.

- En fonction du milieu :

La pathologie mentale de l'enfant s'exprime en troubles du comportement qui sont ressentis non par lui-même mais par son entourage ; les difficultés d'adaptation augmentent à mesure que croît la marge qui sépare ses possibilités des exigences du milieu et une étude complète de la famille serait nécessaire pour apprécier l'importance du désordre, un symptôme évoluant à bas bruit peut ne pas attirer l'attention des parents alors que des manifestations bruyantes sont bien souvent réactionnelles à une situation conflictuelle. C'est dire la nécessité d'une observation prolongée pour peser le facteur de tolérance du milieu.

- En fonction de l'évolution du développement :

Par dessus tout, en psychiatrie infantile, le symptôme n'est pas fixé . Comme le souligne justement MINKOWSKI, "les anomalies, les déficiences viennent s'inscrire dans un cadre mouvant et ne peuvent pas être isolées", certaines particularités se manifestent au cours de périodes critiques , certaines difficultés apparues comme un trouble profond de la personnalité sont passagères, englobées ou surmontées dans le développement ultérieur ; le caractère dynamique des phénomènes psychiques doit plus encore chez l'enfant que chez l'adulte rendre prudentes les interprétations de l'examineur, faute de quoi on risquerait de considérer ^{comme} pathologique une conduite normale à un stade maturatif donné.

En conclusion, aucun signe pris isolément n'a de valeur s'il n'est rapporté au fond sur lequel il survient, c'est dire la nécessité de voies d'abord multiples tenant compte :

- du niveau de maturation de l'ensemble de l'organisme,
- de la forme de la désorganisation,
- des réactions de la personne et de la réorganisation des fonctions.

Loin de s'exclure, les diverses méthodes se fécondent mutuellement si on veut bien admettre les interférences entre le symptôme présent et l'histoire du passé vécu ; quand il s'agit du jeune enfant, l'étude isolée des fonctions doit faire place à une étude concentrique des relations unissant à chaque moment du développement l'être et son milieu ; une approche génétique ne peut se situer d'après un angle neurobiologique ou psychologique.

"La maturation est comprise dans les deux sens, maturation des instruments et des relations" (AJURIAGUERRA).

LES DIFFERENTS TEMPS DE L'EXAMEN :

I - Un interrogatoire soigné de la mère précisera :

- Les antécédents familiaux : maladies génétiques, cause du décès des grands-parents, des collatéraux ;

- Les conditions de vie du milieu, situations du père, de la mère, caractère des ascendants.

2 - La recherche des antécédents personnels :

- l'histoire de la grossesse, de l'accouchement ;

- les séquences du développement psycho-moteur en insistant sur :

les dates d'acquisition de la propreté, du langage, l'existence précoce de troubles de l'appétit (anorexie, difficultés de l'allaitement, du sevrage) et du sommeil (terreurs nocturnes, agitation).

- noter les antécédents organiques, tous les épisodes toxi-infectieux, les convulsions,

- apprécier la nature de la relation mère-enfant,

- rechercher tout particulièrement un retard électif de développement, une rupture de la courbe maturative.

LES MOTIFS DE LA VENUE :

- dans le premier âge, un retard soit global, soit électif de la propreté, de la parole ;

- des troubles du caractère variés ;

- à la période scolaire, des difficultés d'acquisition ou un refus scolaire ; il est très important de situer le climat éducatif et d'apprécier si le désordre qui fait amener l'enfant au médecin est d'installation récente ou ancienne, plus que la forme du trouble du comportement il importe de préciser son mode d'installation aigu ou subaigu, transitoire ou définitif.

Après cette consultation de la mère, nous examinons l'enfant isolé en le faisant asseoir. Les divers temps de l'examen peuvent être schématisés ainsi :

- étude de la présentation à elle seule parfois évocatrice : typologie, aspect morphologique, faciès, regard, attitudes motrices,

- le contact est recherché par le jeu et le dessin,

- l'intelligence est examinée d'après des épreuves intéressant le jugement, le cours de la pensée, les associations d'idées, un niveau mental est insuffisant pour rendre compte des aspects ;

- le comportement est étudié d'après les modifications de l'humeur, les manifestations affectives (émotivité, angoisse, pleurs, colères ou indifférence, passivité).

- La motricité ne sera pas négligée, l'étude du tonus musculaire, des mouvements anormaux (tics, stéréotypies, gestes), de la coordination. Ce temps neuro-moteur sera complété par l'appréciation de la latéralisation, de la valeur du schéma corporel.

- L'examen neurologique complet ne sera pas oublié.

-Un bilan somatique enfin terminera l'examen clinique.

Aux données de la clinique, des examens complémentaires seront adjoints:

- L'examen psychologique,

- L'électroencéphalogramme,

- L'encéphalographie gazeuse enfin.

CHAPITRE 3

OBSERVATIONS CLINIQUES

--

OBSERVATION I : Martine MAIL...

Martine, née le 23 août 1950, entre le 31 décembre 1955 à la Clinique de la Salpêtrière pour une série de troubles du comportement ayant débuté quelques mois auparavant et s'aggravant progressivement : colères, modifications de l'humeur, opposition envers l'entourage.

Le père, âgé de 41 ans, est en bonne santé, a eu d'une première union deux enfants bien portants. Dans la lignée paternelle, il n'existe aucun antécédent psychiatrique connu.

La mère, âgée de 36 ans, est une grande anxieuse, présentant sur un fond permanent d'inquiétude des éléments de la série obsessionnelle (phobie des maladies, peur d'avoir des enfants anormaux, souci méticuleux de l'ordre et de la propreté. Pendant la grossesse, non désirée, elle a présenté des paroxysmes anxieux).

L'accouchement a été normal à terme, l'enfant était normale et pesait huit livres et a crié de suite ; nourrie au sein, elle a été sevrée à huit mois. L'appétit capricieux de l'enfant rendait l'alimentation difficile. Le développement psycho-moteur paraît sensiblement normal, station assise 6 mois, marche vers 15 mois, premiers mots à 1 an, première phrase avant deux ans.

Des premiers mois de la vie, nous retiendrons surtout l'existence d'épisodes infectieux, ayant nécessité plusieurs séjours successifs en milieux hospitaliers : des otites à répétition ayant entraîné 14 paracentèses ont provoqué l'hospitalisation quasi-permanente pendant 1 an, avec seulement quelques brefs retours dans le milieu familial.

Parallèlement au changement de milieu, on note un retard de l'éducation sphinctérienne avec énurésie et encoprésie

intermittente.

Martine a présenté des maladies infantiles (oreillons, rubéole, rougeole) mais même au cours des épisodes hyperpyrétiques on n'a noté aucune convulsion.

Ayant vécu en aérium de 2 ans à 3 ans, Martine a présenté au retour des difficultés alimentaires. La mère s'attachait plusieurs heures auprès de sa fille pour lui faire terminer son repas, l'enfant était affectueuse et obésissante, rangeait avec soin ses jouets, vivait en bons termes avec ses deux demi-frères qu'elle associait à ses jeux. En fait, jusqu'en 1955, elle paraît normale à son entourage. C'est au cours de l'été que des manifestations nouvelles attirent l'attention de ses parents :

Martine devient triste, ne sourit plus, se désintéresse de ses jouets qu'elle jette brusquement, fait des colères, manifeste une attitude d'opposition, parfois se fait des reproches, "Je ne suis pas gentille, je suis pisseuse".

En septembre 1955, d'autres troubles font leur apparition, Martine s'isole dans un coin, indifférente et silencieuse, paraissant se désintéresser de ce qui l'entoure, mettant fréquemment son bras devant son visage pour se cacher la tête, l'appétit est capricieux, le sommeil troublé par des terreurs nocturnes, l'énurésie diurne et nocturne.

Des symptômes d'allure aiguë amènent en décembre 1955 l'hospitalisation de l'enfant à l'hôpital d'Argenteuil :

Des crises de rage, véritable état de fureur, Martine se roule par terre en se frappant la tête contre le sol, s'arrache les cheveux, se lacère le visage. La nuit, refuse de rester couchée dans son lit, hurlant plusieurs heures, se calmant parfois lorsque sa maman vient la prendre dans ses bras. A d'autres moments, se montrant dangereuse pour l'entourage, disant qu'elle leur arracherait les yeux. Des crises de sanglots alternent avec des éclats de rire inadaptés.

Elle entre le 31/12/1955 dans le service du Professeur HEUYER où l'on est d'emblée frappé par un syndrome psychomoteur de type catatonique :

L'enfant est étendue inerte dans son lit, le visage figé, pâle, le regard paraît éteint, ce masque rigide apparaît coupé de toutes communications avec l'entourage. Son bras gauche est maintenu à demi-fléchi, élevé au niveau de la figure et maintenu dans une attitude persistante de défense.

L'examen systématique rendu difficile par l'attitude de la fillette qui se dérobe en se cachant sous ses draps objective l'inertie dans ce visage marmoréen, l'aspect figé, la conservation des attitudes.

On retrouve les classiques signes de Meige et Maillard, la flexibilité cireuse à tous les segments du corps.

Mais cette inertie est intermittente, l'enfant exécute des grimaces, des gestes maniérés, des mouvements bizarres des mains. Parfois s'extériorise une indétermination motrice, le mouvement ébauché reste inachevé le geste paraît avant son but, coupé d'une explosion motrice brutale : Martine se mord, se griffe, pousse des cris stridents, jette les objets qui lui sont offerts.

L'opposition est impossible à vaincre, toute sollicitation venue du dehors, toute tentative de mobilisation passive se heurte à un raidissement.

Le langage apparaît aussi modifié, tantôt mutisme complet, tantôt écholalie. Des stéréotypies verbales sont mises en évidence, l'enfant répétant sans arrêt la même formule "J'ai mal au coeur", "Je suis pisseuse, sale, méchante" ; la voix est rauque, monocorde.

Les premiers jours de son hospitalisation on observe des décharges motrices réalisant le tableau de la grande agitation catatonique, l'enfant se jette de son lit en hurlant, crachant par terre, exécutant des mouvements excentriques, désordonnés, se calmant brusquement, puis un autre accès survient quelques minutes après : l'enfant paraît en proie à une terreur indicible, cherche à se mutiler, se griffant, se mordant les mains, les lèvres, s'arrachant les cheveux. Ces accès d'une durée de 10 à 15 minutes, cessent aussi brusquement qu'ils ont débuté, l'enfant reprenant son aspect figé.

L'alimentation est très difficile, tantôt Martine refuse toute nourriture, tantôt engloutit ce qui se trouve à sa portée, bonbons, oranges, papier.

Enurésie, encoprésie sont notées pendant cette période.

L'examen physique montre une enfant chétive, pesant 16 Kg, mesurant 1,10 mètre.

L'examen général cardiaque, pulmonaire, digestif, osseux ne révèle pas d'anomalies.

L'examen neurologique montre une conservation de la force musculaire, un tonus très variable, toute tentative de mobilisation active se heurte à une raideur invincible. Les attitudes imposées sont conservées. La catalepsie est nettement objectivée.

Les réflexes sont égaux et symétriques, il n'existe pas de signe de Babinski.

Il n'existe pas de tremblements ni de signes de la série extra-pyramidale. Quelques troubles vaso-moteurs sont notés aux extrémités des mains qui sont froides, cyanosées.

Les examens complémentaires sont normaux. L'E.G. ne montre pas de signes anormaux. Les ventricules sont bien injectés, sillons et citernes non dilatés. Le L.C.R. normal.

L'E.E.G. est normal.

L'examen psychologique est rendu très difficile du fait de l'opposition de Martine qui pleure et donne des coups de pied au psychologue. Cependant elle comprend les ordres simples, exécute correctement les principales consignes (nommer les animaux, montrer les parties de son corps).

Le niveau mental apparaît normal au test de MERILL PALMER. Au cours du test on note la lenteur du sujet, son aspect figé, ses gestes stéréotypés.

Observée dans le service l'enfant a, au début de son séjour un comportement autistique, marquant le même reploie-ment, la même absence de contact avec le monde ambiant, jouant et parlant à peine avec les autres enfants, oscillant entre des phases d'inertie et des périodes d'agitation violente.

Traitée d'abord par la chlorpromazine (150 mg par jour), l'agitation a diminué, les colères moins fréquentes sont cependant très violentes. Pendant longtemps les attitudes sont restées fixées, le comportement étant toujours bizarre, inadapté.

Avec l'institution d'un traitement par le Serpasil, associé à une psychothérapie régulière, on a noté une nette amélioration, l'enfant plus gaie accepte de jouer avec une petite compagne apprenant à chanter et à dessiner.

Elle reste instable, subexcitée, présente encore des accès impulsifs mais la catalepsie a disparu.

Après quelques progrès, Martine est revenue dans le service le 1er août 1956, car sa mère ne pouvait supporter ses colères, son opposition traduite par son refus de manger, de dormir, quand elle était contrariée. Le traitement neuroplégique donne une amélioration passagère à tel point que l'enfant peut suivre l'école dans le service. Elle est rendue à nouveau en décembre à sa mère, qui la trouve très améliorée. Le 4 mai 1957, à nouveau ramenée à la suite d'une longue période d'anorexie, l'état physique est inquiétant. L'hypotrophie et la déshydratation manifestes. Le visage de Martine est lacéré de coups d'ongle, elle pousse des hurlements, refusant de se lever. Elle exprime des peurs terrifiantes, dit qu'elle voit des visages étrangers dans sa chambre, qu'elle a peur qu'on lui fasse du mal. Pendant les phases d'agitation anxieuse, pousse des hurlements, brise des objets. Une insulinothérapie est alors tentée qui améliore le comportement. L'enfant sort dans la cour, joue avec ses camarades, s'alimente et dort. Cependant, sa marche est toujours guindée, sa parole modulée, ses actes désordonnés. Elle sort le 24 juillet 1957.

Au terme de cette observation d'une enfant que nous avons suivie pendant plus de deux ans, il nous semble qu'on ne puisse guère discuter le diagnostic de psychose infantile. Le comportement normal jusqu'à 4 ans fait éliminer un état d'arriération organique. Le diagnostic de démence peut se discuter mais le déficit n'est pas global. Le niveau de compréhension de l'enfant reste sensiblement normal. On ne note ni régression intellectuelle totale, ni troubles majeurs de l'expression verbale. Le tableau est celui d'un état dissociatif avec discordance affectivo-intellectuelle et existence d'un syndrome psycho-moteur absolument typique de catatonie. Les examens paracliniques (EEG, Encéphalographie gazeuse n'ont pu apporter de renseignements en faveur d'une étiologie précise. L'anamnèse fait apparaître des perturbations très précoces des relations de l'enfant d'avec son milieu et l'attitude ambivalente à l'égard de la mère dont elle a été séparée durant les premiers mois de la vie.

En conclusion, le tableau a été dominé par un syndrome catatonique ; aux éléments psycho-moteurs classiques s'associent chez cet enfant :

des troubles de l'affectivité, des troubles du langage bien particuliers, qui permettent de situer ce syndrome dans le cadre des formes à début aigu de la schizophrénie.

Nous ne discuterons pas devant ce tableau un état d'arriération congénital. Le comportement normal jusqu'à 4 ans fait éliminer l'oligophrénie et la débilité est infirmée devant les examens psychologiques qui montrent un niveau de

compréhension sensiblement normal. Il nous faut discuter le diagnostic d'une démence organique, mais le déficit n'est pas global, il n'y a pas de régression intellectuelle totale avec troubles majeurs de l'expression verbale, comme dans le cas d'une démence de type Heller.

Le tableau est celui d'un état dissociatif, avec discordance dans les sphères de l'affectivité, de l'activité, de l'intelligence et d'un syndrome psycho-moteur dominant.

Nous avons recherché une étiologie, une cause toxique infectieuse, traumatique, tumorale, qui n'a pu être retrouvée par les examens cliniques ou para-cliniques, notamment L.C.R., E.E.G., encéphalographie gazeuse sont normaux.

Par contre, l'anamnèse fait apparaître des éléments que les travaux récents ont mis en valeur concernant le rôle de la constellation familiale dans les perturbations objectives des relations de l'enfant avec le milieu dans les premiers mois de la vie.

OBSERVATION 2 : BART... Sylvain

Sylvain, né le 24 mai 1946, est admis à la clinique de neuro-psychiatrie infantile, le 14 décembre 1955 pour des troubles du caractère, apparus depuis 4 ans évoluant progressivement, rendant impossible toute adaptation à l'école et à la maison.

Le milieu familial est uni. Le père, 40 ans, magasinier, la mère, 41 ans, bien portants. Une soeur de 15 ans intelligente est bien douée. Dans la lignée maternelle, il faut relever trois frères et une soeur décédés en bas âge. Deux d'entre eux ont eu des convulsions.

L'accouchement a été normal, l'enfant pesait 3 Kg et a crié de suite. Nourri au sein pendant les premières semaines, Sylvain a eu un développement moteur normal. Il tient sa tête à 6 mois, s'assoit à 8 mois, marche à 1 an par contre le développement du langage se fait en retard. Les premiers mots ne sont prononcés que vers 20 mois, les premières phrases n'apparaissent qu'à 3 ans mal construites, l'emploi du "je" n'est acquis que vers 5 ans.

La propreté nocturne n'est acquise qu'à l'âge de 6 ans. Parallèlement à ces difficultés, de graves troubles du comportement dominant la scène. A partir de 3 ans, l'enfant devient nerveux, instable, incapable de fixer son attention, impulsif, brisant les objets pris sur la table, déchirant ses vêtements, grossier, injuriant les gens dans la rue. A 5 ans, il est mis à l'école de perfectionnement de Vitry, où il se comporte en enfant turbulent, difficile présentant des attitudes bizarres, des actes incohérents. Son langage est truffé de néologismes. Malgré une intelligence vive, une compréhension, une mémoire suffisantes, il n'est plus admis à l'école à 7 ans. A 8 ans, les troubles s'aggravent : Sylvain se désintéresse de ses jeux, passe son temps à rêver, se plaint et se frappe lui-même, paraît à la fois anxieux par moments et totalement indifférent à l'égard de sa famille.

En septembre 1955, l'enfant à 9 ans présente une aggravation subite de ses troubles. La mère remarque qu'il présente :

- d'une part, les phobies, des peurs immotivées des animaux : crainte de se trouver dans les lieux publics.

- d'autre part, gestes rituels : l'enfant touche les objets avant de s'en servir, manipule les portes avant de les ouvrir et surtout ne peut s'empêcher, quand il est en voiture, de descendre sur la route pour palper et embrasser les bornes kilométriques, qu'il compte de façon stéréotypée.

Dans le service, son attitude est très particulière, Ne tenant pas en place, le regard inquiet, le visage et les doigts animés de mouvements incessants, il affiche un sourire tout à fait discordant.

Le contact lui est extrêmement difficile. Il est opposant, fuyant le jeu, ne nouant aucune relation affective avec les enfants de la salle ou avec le personnel médical.

Son vocabulaire est pauvre, il répond d'une voix monocorde "je veux partir", "je ne sais rien du tout".

La pensée est floue, il est désorienté, présente de nombreux barrages, très anxieux, restant pendant de longs moments perdus dans une rêverie intérieure, paraissant converser avec une voix intérieure.

L'examen psychologique montre un âge mental d'environ 7 ans avec des réponses très dispersées, le dessin est pauvre, fragmenté. Les acquisitions scolaires réduites à néant. Malgré un protocole très pauvre, les tests projectifs, objectivent une dissociation complète. L'évolution est entrecoupée de périodes d'excitation atypiques : cris, chant, paroles incohérentes, exhibitionnisme sexuel et de phases d'inhibition anxieuse.

Les examens physiques, rendus difficiles par l'attitude opposante de l'enfant, n'apportent que peu de renseignements.

L'examen neurologique ne montre pas de signes méningés, d'anomalies du tonus ou du réflexe ; les EEG sont normaux. A noter seulement la présence de rythmes rapides sans anomalies paroxystiques. Les examens biologiques, en particulier du liquide céphalo-rachidien, sont négatifs. Par contre, l'encéphalographie gazeuse montre une dilatation du système ventriculaire portant sur le troisième ventricule et les cornes frontales des ventricules latéraux, et une accentuation très nette de l'image des sillons frontaux.

L'enfant fut traité par le Largactil qui a diminué l'agitation psycho-motrice et une cure de Sakel de 40 comas insuliniques, ce qui n'a pas empêché l'évolution vers un état

schizophrénique profond, avec impulsions irrésistibles, négativisme, crises d'anxiété, troubles du sommeil, et de l'alimentation, conduisant à un internement en août 1956.

En 1956, à la colonie de Vaucluse, Sylvain présente des bizarreries : rituels obsessionnels, il réclame d'être attaché pour ne pas être poussé à faire du mal. Attitudes incohérentes, brise les assiettes et déchire le linge, déambule en soliloquant, refuse de jouer avec ses camarades, perdu dans une rêverie morbide qu'il n'interrompt que pour faire des allées et venues aux W.C., ce qui ne l'empêche pas de gâter.

Il est amélioré en 1957, toujours instable, mais propre, contrôlant son impulsivité à l'égard de ses camarades, moins impulsif et obsédé, seulement indifférent. On arrive à lui faire faire quelques gestes : mettre la table, etc... mais Sylvain ne peut lutter contre son angoisse qui redouble quand il rencontre une opposition à la satisfaction de ses besoins.

En résumé, il s'agit d'un tableau de psycho-névrose à début obsessionnel survenant chez un enfant indemne de toute séquelle encéphalopathique vers l'âge de 5 ans. La dissociation profonde, les désordres de l'intégration temporo-spatiale sont en faveur d'une schizophrénie précoce particulièrement grave. On ne peut parler d'une démence infantile globale, vu le caractère très particulier de la structure morbide de cette personnalité.

OBSERVATION 3 : BOR... Marc

Marc B... est un garçon de six ans et demi, qui est amené dans le service pour des troubles intellectuels et affectifs graves. Il n'y a rien de notable dans ses antécédents familiaux. La famille comporte quatre enfants, Marc, l'aîné, puis deux jumelles nées 18 mois plus tard, enfin un autre garçon. La grossesse et l'accouchement ont été normaux, l'enfant a crié immédiatement. L'alimentation est d'abord normale : au sein pendant trois mois, puis lait artificiel, Le développement psycho-moteur est à peu près normal :

- premier sourire à trois mois
- première dent à six mois
- station assise à neuf mois
- station debout à douze mois, marche à quinze mois
- premiers mots vers dix-neuf mois, puis progrès très rapides : l'enfant à vingt-trois mois, fait des phrases presque comme un adulte.

Le contrôle sphinctérien n'a été acquis que vers 4 ans, il existait jusque là une énurésie et une encoprésie très fréquentes, ayant marqué à trois ans et demi une forte recrudescence pendant les deux semaines où la mère était partie accoucher de son dernier enfant.

Jusqu'à trois mois, Marc est élevé par ses parents, qui résident chez les grands parents maternels ; il est en contact quotidien avec sa famille maternelle qui comporte notamment :

- deux jumelles, soeurs de sa mère ;
- une autre soeur aînée de sa mère, qui s'occupe particulièrement de lui, et dont les enfants, âgés de deux ans, sont deux fils jumeaux.

Quand Marc a trois mois, ses parents partent à Bordeaux et le confient à une nourrice, chez qui il présente ses premiers troubles : crises violentes de pleurs, sans motivation apparente. A six mois ses parents le reprennent. Dès ce moment, il présente une anorexie essentielle, sans trouble somatique décelable : refus simple des biberons ; son état s'aggrave rapidement et nécessite l'hospitalisation un mois

plus tard. A ce moment, la température oscille entre 37° et 38°, il existe une intolérance alimentaire absolue, la déshydratation est sévère et la chute pondérale telle que l'enfant a perdu plus de la moitié de son poids. Le diagnostic de toxicose est porté. Mais les thérapeutiques habituelles : réhydratation parentérale, antibiotiques, vitamines, extraits cortico-surrénaux, paracentèse systématique, restent inefficaces. La situation est considérée comme perdue ; pourtant, en dernière ressource, on tente une alimentation au lait de femme ; la mère parcourt la ville pour en recueillir ; ce lait est administré à l'enfant par une infirmière hors de la présence de sa mère. Marc boit près d'un litre dans la journée, tous ses symptômes disparaissent et son appétit est tel qu'on est obligé de le rationner les jours suivants.

La guérison paraissant stable, Marc est repris par ses parents dont il partage la chambre. Pourtant, il présente :

- de gros troubles de l'appétit, toujours à type d'anorexie ; la mère doit passer ses journées à l'alimenter ;

- à partir de 11 mois des troubles du sommeil : pleurs et cris chaque soir avant de s'endormir, sommeil coupé de crises de pleurs qui entraînent le réveil. Cet état n'est pas modifié par l'administration de gardénal.

Racontant cette période, la mère dit : "C'était un nourrisson incompréhensible".

Quand Marc a 18 mois, il est confié à sa famille maternelle, la deuxième grossesse de sa mère venant à terme : terreurs nocturnes et anorexie disparaissent aussitôt. Quinze jours plus tard sa mère vient le rejoindre, elle a accouché de deux jumelles univitellines, Elisabeth et Charlotte, qui se ressemblent tant qu'elle est seule à pouvoir les distinguer. Marc ne manifeste pas d'émotion particulière à leur arrivée, mais cinq jours après, il fait dans la même journée, trois crises convulsives avec perte de connaissance, en dehors de toute cause organique décelable.

Jusqu'à 25 mois, Marc vit avec sa mère dans sa famille maternelle ; le père ne vient que rarement. A 19 mois Marc dit ses premiers mots, mais en quelques mois, il parle presque comme un adulte. A 23 mois, lorsqu'il revoit son père, qui est resté absent quatre mois, il l'accueille en lui disant : "Bonjour Monsieur".

Marc a 25 mois, quand ses parents l'emmènent dans le Midi où ils s'installent. C'est un enfant intelligent, gai, qui ne craint pas les étrangers et leur parle sans timidité. Cependant on doit noter diverses bizarreries :

- persistance, de jour comme de nuit, d'une énurésie et d'une encoprésie, qui ne sont pas la conséquence d'un simple retard du contrôle sphinctérien, car elles ont souvent un caractère conscient et volontaire ; il existe de plus des défécations compulsives, dans la chambre de sa mère.

- Marc présente, sans motivation compréhensible, des colères d'une extrême violence, qui peuvent durer plus d'une demi-heure, et pendant lesquelles il hurle sans arrêt, courant parfois autour de la maison tout en continuant à crier.

- Chaque soir, au coucher, il présente une crise d'angoisse.

- Il montre une terreur irréductible pour la motocyclette de son père.

- Enfin il semble incapable de distinguer l'une de l'autre ses soeurs jumelles et les appelle "les deux Charlotte" ou "les deux Elisabeth" (il persiste d'ailleurs actuellement à les appeler ainsi).

Au bout d'un an la famille B... part pour l'Afrique noire. Pendant les préparatifs du voyage qui doit s'effectuer en avion, Marc fait une crise de panique, son père lui ayant dit en plaisantant : "Si tu n'es pas sage, tu voyageras enfermé dans une caisse." Cependant le voyage se passe normalement, et Marc fête son troisième anniversaire dans l'avion.

Pendant un an, il réside dans une ville et s'y adapte bien ; ses troubles paraissent régresser, notamment l'énurésie et l'encoprésie disparaissent. Il est heureux d'avoir des camarades de son âge, et semble accepter normalement la naissance de son frère.

La famille B. s'installe ensuite dans un poste de brousse et se trouve pratiquement coupée de toute relation européenne. Le père surchargé de travail est souvent absent. L'état de Marc s'aggrave :

- Il présente chaque soir une angoisse intense au moment de dormir, et essaie de prolonger indéfiniment la veillée ; il n'accepte de se coucher que si la lumière est allumée dans sa chambre ; lorsque son père est absent, il couche avec sa mère.

- Il a peur d'être seul et n'admet pas que ses parents s'absentent ensemble.

- Il commence à projeter dans la réalité une existence irréelle, mêlant le passé au présent et l'imaginaire au réel.

La mère participe à ce monde fantasmatique qu'elle considère comme un jeu.

Ainsi, Marc fait le récit de sa journée et enchaîne : "Mon ours est sorti dans la rue, il s'est fait écraser ; ses grands parents lui avaient pourtant bien défendu de sortir". Ou bien, il déclare : "Je suis le chat" et sa mère et lui construisent un monde imaginaire où il est le chat.

Marc paraît de plus en plus anormal à sa mère, qui désire le montrer à un psychiatre, mais le père s'y oppose.

En avril 1956, la famille B... rentre en France. Marc a cinq ans et demi. Ses troubles s'aggravent, il s'oppose violemment à son père, dont les punitions et les corrections ne servent qu'à le buter. Il refuse d'aller à l'école. Il se frappe le visage lorsque sa mère le réprimande.

Il présente en outre, depuis le retour, des manifestations allergiques à type d'urticaire géante, accompagnées de troubles caractériels. Aucune thérapeutique n'est efficace. Cette urticaire, peu importante le matin et dans la journée, montre une exacerbation vespérale quotidienne ; elle augmente de plus considérablement chaque semaine, du vendredi au dimanche, jours où le père est présent. Marc présente une crise d'urticaire intense et continue, son père étant venu passer quelques jours de vacances à la maison ; on croit pouvoir incriminer la veste en daim de ce dernier, mais épreuves et contre-épreuves montrent qu'elle n'est pas en cause. C'est alors qu'à l'occasion de divers déplacements de la famille B..., qui vient résider auprès de la famille de Madame B..., on s'aperçoit que Marc est allergique à la présence de ses parents. S'ils sont tous deux absents, il n'a pas d'urticaire ; en présence de l'un des deux seulement, son urticaire est modérée ; mais si leur présence est simultanée, Marc fait des crises massives. Ses deux hospitalisations viendront le confirmer : il ne présentera des crises d'urticaire que le soir des jours de visite.

En octobre 1956, à six ans, Marc entre à l'école. Il est incapable d'accepter une discipline, et travaille quand il le veut ; pourtant, en trois mois, il apprend à lire et à écrire. Il ne se mêle pas aux autres enfants. Chez lui il lui arrive de battre sans raison ses soeurs et son frère.

En raison d'une grippe sévère, il ne retourne pas à l'école en janvier. Pendant sa convalescence, il apprend, au cours d'une promenade, que ses parents seront bientôt obligés de repartir outre-mer, et qu'il ne les rejoindra qu'à la fin de l'année scolaire. Il ne manifeste aucune

émotion apparente sur le moment, mais crie et pleure toute la nuit. Le lendemain son père part pour quelques jours ; la journée se passe normalement, mais pendant la nuit, Marc présente un état anxieux d'allure oniroïde, au cours duquel, à travers cris et pleurs, il semble vivre un accident d'avion ; au matin, mutisme et refus d'aliments, qui persiste malgré l'administration de largactil. Le mutisme cède dès le retour de son père, mais les terreurs nocturnes reprennent avec une intensité extrême ; l'enfant lutte pour ne pas dormir, il est épuisé par l'insomnie ; lorsque le sommeil semble le terrasser, il se dresse sur son lit, les yeux hagards, criant des mots sans suite ; il est inondé de sueurs, il présente par moment, des états catatoniques.

Il est alors transporté à l'hôpital, dans un service de pédiatrie, et une détente se manifeste au bout de deux ou trois jours. On note cependant de nouvelles bizarreries :

- Marc demande à sa mère de ne pas le battre, alors qu'elle ne l'a jamais frappé ;

- il exprime le désir de redevenir un tout petit enfant ;

- il raconte des souvenirs extrêmement anciens, qu'il semble avoir parfaitement enregistrés, et dont certains sont vieux de plus de quatre ans.

- Il traduit des préoccupations de morcellement corporel (en partie construites sur des histoires entendues plus de deux ans auparavant). Il pense ainsi que les enfants naissent dans les rivières ; ils sont alors formés de morceaux séparés, que les médecins partent chercher à la nage, et collent ensemble ;

- Il est très agressif vis-à-vis de son père, dit qu'il veut acheter un fusil pour le tuer.

Il est transféré dans le service du Professeur HEUYER au bout de quelques semaines.

L'examen somatique est entièrement normal.

Il y a lieu de noter toutefois l'absence de dominance latérale, aussi bien neurologique que fonctionnelle ; il n'y a pas d'hémihyperextensibilité physiologique, et l'enfant se sert indistinctement de la droite comme de la gauche, aussi bien pour la main que pour l'oeil ou le pied. Il écrit de la main droite ou de la gauche, et dans ce cas écrit volontiers en miroir.

Le tracé électro-encéphalographique est altéré , anor-

mal, même pour l'âge, montrant un rythme alpha très lent et irrégulier, mêlé de rythmes thêta et bêta, sans anomalies paroxystiques.

L'encéphalographie gazeuse montre une importante dilatation du 3ème ventricule, une dilatation de la citerne de la base, des sillons corticaux un peu marqués, et une inversion des dispositions physiologiques des ventricules latéraux (droit plus volumineux que le gauche).

Au test de Binet-Simon, l'enfant montre un niveau mental à peu près normal (AM = 6 ans 2 pour AR = 6 ans 8), mais avec des résultats très dispersés et significatifs :

- réussite à la description de gravure (épreuve de 7 ans),
- échec aux comparaisons esthétiques,
- angoisse et cris devant les lacunes de figures,
- à la question "qu'est-ce qu'une maman ?", il répond : "c'est une dame, elle a son oeil vivant".

Le test de Bender montre également des perturbations importantes, de type psychotique ; des significations symboliques sont notamment attachées aux dessins.

A l'examen psychiatrique, on est immédiatement frappé par l'impossibilité d'établir un contact réel. Le comportement de Marc est absolument autistique ; son visage est inexpressif, figé ; sa voix est chantonnante, monotone comme une ritournelle. De temps à autre, il présente de petites gestulations stéréotypées. Il ne semble participer à aucune des émotions qu'il évoque au cours de la conversation. Lorsqu'on l'interroge, il répond à côté, saute du coq à l'âne, fait des liaisons par assonance ; parfois il accroche un mot ou une question, qu'il répète de façon écholalique, ou qu'il utilise dans des itérations verbales dénuées de sens autre que ludique. Par exemple, à la question : "Est-ce que tu es un gentil petit garçon ?", il répond :

"C'est un méchant petit garçon
c'est deux méchants petits garçons
c'est trois méchants petits garçons... etc."

Il crée des néologismes, fait des jeux sonores avec les mots : "Les Mystères IV , ça passe le son du mur, ça passe le mur du son."

Il vit dans un univers autistique, meublé de significations symboliques déconcertantes par leur richesse, leur variabilité, leur simultanéité. Toutes les choses y sont personnifiées : l'insuline devient "les méchantes unités d'insuline".

Dans ce monde fantasmatique on trouve un certain nombre de préoccupations privilégiées, autrefois refoulées, qui sont maintenant exposées sans détour et n'entraînent plus aucune participation affective :

- au premier plan, la "catastrophe des 3 ans" et le voyage en avion. Marc répète fréquemment : "Je suis un petit garçon, j'ai 2 ans, je ne veux pas avoir 3 ans. Les avions font du mal aux garçons."

- l'ambivalence vis-à-vis du père, qui entraîne sa représentation par deux personnages :

= le père proprement dit, qu'il dessine dans un cercueil en disant : "c'est un bonhomme, il est mort et il est en pierre, il faut faire sa tombe ; c'est papa, je l'ai tué, et c'est ma mère qui l'a tué, elle a tué mon père et maintenant on est tranquilles" ;

= et le médecin, image du père protecteur, qui donne la vie aux enfants en collant ensemble leurs morceaux, et qui chasse les avions avec son martinet ;

- les préoccupations de schéma corporel et de morcellement, déjà soulignées par l'angoisse devant les figures incomplètes et les idées sur la naissance, sont encore marquées par l'identification symbolique entre punition et photographie : "les enfants qui ne sont pas sages, on les photographie" ; la photographie elle-même est identifiée à la radiographie, qui montre les os et ce qu'il y a dans le ventre ;

- enfin des préoccupations de castration

Le monde autistique de la schizophrénie s'exprime dans la conversation de Marc, dans laquelle on retrouve notamment des néologismes absolument analogues à ceux de l'adulte. C'est ainsi qu'au cours d'un entretien, il dit :

"Je n'aime pas mon papa. Dans sa chambre, il y a des Mystères IV. C'est des avions, comme des vautours, des Vampires. Les Mystères IV, ça passe le son du mur, ça passe le mur du son. Les Mystères IV, ça traverse la consultation ; ça va pas dans la chambre. Oh ! la vache !"

- A qui dis-tu cela ?

"Aux Mystères IV. Ils nous piquent dessus. Ça descend sur nous, ça nous pique."

Il dessine un Vampire.

"C'est un voulain. C'est un garçon qui peut dire qu'il porte un voulain. Pas de vùlain. Les filles portent des voulains. Un voulain c'est un qui voule, qui fait voler les avions, qui fait voler les voyages, qui accroche les avions. C'est quelque chose qui monte sur les cubes avec des pieds. Le voulain, ça a une espèce de ficelle, qui est une espèce de manivelle. Ça ne peut pas attraper les avions. Tant pis, ça ne fait rien."

Pendant toute la période d'observation, l'état de l'enfant resta inchangé. Lorsque sa mère venait le voir, il ne manifestait aucune émotion, et continuait ses jeux solitaires comme s'il ne la voyait pas ; il ne la regardait jamais dans les yeux, ne l'embrassait jamais ; sa seule manifestation de reconnaissance consistait à fouiller son sac , à la recherche de friandises, car il était devenu d'une gourmandise insatiable depuis son arrivée.

Cette observation est celle d'une schizophrénie de la deuxième enfance, intéressante par la richesse du tableau clinique, l'importance des phénomènes dissociatifs et surtout la production de fantaisies délirantes qui montrent la profonde coupure d'avec le monde réel de cet enfant perdu dans sa rêverie solitaire et son autisme.

OBSERVATION 4 : Rudi

ANTECEDENTS :

Rudi est né le 25 février 1947.

Les parents, qui ont dépassé la quarantaine :

- sont normaux au point de vue mental, et il n'y a aucune tare mentale connue dans les ascendants.

- ont toutefois des particularités de caractère et de mode de vie.

- Ils sont mariés et ont eu tous deux antérieurement, chacun, d'un autre lit, une fille, qui toutes deux sont bien plus âgées que Rudi et sont tout à fait normales.

- Le père, peintre, vit chez lui dans son atelier, annexe au logement ; la mère travaille à l'extérieur.

- Tous deux ont un niveau d'intelligence, de sociabilité, de culture, d'éthique, très supérieur à la moyenne. Ils sont extrêmement sympathiques.

Le père - d'origine haïtienne, a toute sa famille là-bas ; venu s'installer en France à sa majorité. C'est un homme fin, délicat, sensible au maximum. Il a un immense amour pour son enfant. C'est lui qui, étant à la maison, s'est occupé de Rudi depuis son tout jeune âge. Il a été absent du foyer de la cinquième à la septième année de Rudi, à cause d'une tuberculose pulmonaire. C'est lui qui vient prendre des nouvelles de Rudi. On verra que Rudi est presque exclusivement attaché à lui.

La mère - est une femme extrêmement active. Elle a été manipulatrice dans un service hospitalier de radiothérapie.

Actuellement, secrétaire, cette profession l'amène à de fréquents déplacements loin de Paris et à des horaires familiaux très irréguliers. Lucide, elle est très anxieuse. Elle considère l'enfant comme irrévocablement perdu.

Histoire personnelle -

Lorsque survint la grossesse, la mère était en arrêt

de travail (pour la troisième fois depuis le début de sa carrière de manipulatrice de radiologie en 1934), pour un arrêt de travail remontant à deux ans, à l'époque.

L'anémie se caractérisait par un taux d'hématies se situant aux environs de 2.500.000. Avec de plus, une discrète agranulocytose accompagnée de perturbation de la formule leucocytaire. La grossesse fut pénible pendant tout son cours : vomissements, asthénie permanents.

Notons que la première grossesse de la mère s'était déroulée dans des circonstances semblables : anémie, vomissements, asthénie.

L'accouchement : a été normal à terme. Allaitement artificiel.

Pendant quinze mois, R... a été un bébé tout à fait normal, souriant à trois mois, tenant assis à six mois, marchant avant quinze mois.

Il eut une croissance normale. Le sommeil était calme et régulier.

Il fut mis en nourrice deux mois, de six à huit mois, avec un grand profit, chez une nourrice qui l'aimait beaucoup.

Il était un enfant facile, souriant, aimable en famille. Accueillant avec les personnes étrangères. On l'appelait "l'enfant gracieux".

- A quinze mois : il fait un court séjour chez des grands-parents peu connus de lui, en compagnie d'une de ses demi-soeurs, interne et qu'il voit peu.

Là, il paraît dépaycé et il se met à se balancer à quatre pattes.

Au retour chez les parents, il garde son balancement pendant quelques semaines.

L'alimentation (il s'alimente tout seul à la cuiller) le sommeil, la croissance, ne sont pas perturbés, le caractère non plus. Il fait des progrès sur le plan du langage.

- A dix-huit mois, Rudi est de nouveau placé pour deux mois chez la nourrice.

- A vingt mois, quand les parents reprirent l'enfant, tous les symptômes étaient déjà installés au complet.

Il ne sembla alors reconnaître que son père, n'acceptant

de soins que de lui seul.

A son retour, il était pâle, hagard, complètement perdu.

- Il ne prononçait plus un seul mot. Il refusait d'aller se coucher, était très long à s'endormir, se réveillait tôt.
- Il se balançait à quatre pattes pour s'endormir et sitôt qu'il était contrarié.
- Il opposait à toute nourriture un refus absolu pour tout, sauf pour le chocolat au lait, dont on le nourrit pendant des mois.
- Il refusait de voir les personnes étrangères.
- Il était devenu capricieux, exigeant, coléreux.
- Il vivait "dans son monde, une petite vie à part, à lui".

Les parents furent d'autant plus douloureusement surpris qu'ils avaient au cours de leurs vacances rendu visite à leur enfant pendant 48 heures. Ils avaient eu une confuse inquiétude, l'avaient trouvé un peu nerveux, pleurant facilement et assez perdu. Le père s'inquiéta d'apprendre que l'enfant était attaché dans son lit. Au moment du départ, Rudi eut un chagrin affreux. Il fallut littéralement l'arracher à sa mère. Le père, lui, voulait garder l'enfant, mais il céda aux démonstrations qu'on lui fit d'un "caprice passager" comme en ont tous les enfants.

Dans ces conditions, la nourrice fut longuement interrogée ; il en ressortit :

- que l'enfant n'avait eu aucune maladie ;
- qu'après le départ des ses parents, il devint inquiet. Il trompa deux fois la surveillance de la nourrice : on le retrouva sur le chemin que les parents avaient pris pour partir ; mais la deuxième fois , on le chercha longtemps. On le trouva endormi dans un champ, la face sur le sol.

L'EXAMEN :

Il s'agit d'un enfant de taille normale. Les traits du visage sont fins, les cheveux bouclés. On peut dire que cet enfant est joli, mais qu'il dégage en même temps l'impression d'un sujet déjà vieillot.

Il frappe d'emblée par des troubles du comportement, que nous allons examiner en détail et qui portent sur ;

- l'attitude, un balancement spécial accompagné d'une mélopée ;
- des troubles du contact avec les adultes, les enfants, et aussi, quoique à un degré différent, avec l'ambiance.
- le langage,
- l'alimentation,
- le sommeil.

Attitude :

Cet enfant est constamment sur son lit, habillé ou non, à découvert ou plus rarement caché sous le drap comme sous une niche. Dans une position analogue à celle du sphinx. A quatre pattes, reposant en avant sur les coudes, les avant-bras et les mains qui sont soigneusement parallèles bord à bord (ou à plat, ou les deux derniers doigts de chaque main repliés) ; en arrière sur les genoux, les jambes qui sont parallèles, les pieds sont croisés. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, de telle sorte que le tronc est horizontal, enfin la tête est dressée sur le tronc.

Balancement :

Dans cette attitude invariable, l'enfant se balance d'avant en arrière sur les points fixes : mains et genoux. C'est un balancement continu, monotone, peu ample en avant, limité par le choc des coudes sur le plan du lit ; en arrière il est limité par le choc non violent des fesses soit sur un barreau du lit, soit sur la plante des pieds. Ce balancement est appelé "le taky" (déformation linguistique apportée par l'enfant à l'expression familiale primitive : "tape-cul").

Mélopée :

Le balancement est accompagné par une ritournelle toujours identique, rudimentaire, pauvre et heurtée, très semblable au bruit du chemin de fer ; ses mesures de trois notes : deux brèves et une longue, scandant le mouvement en avant, puis le mouvement en arrière.

Balancement et mélopée subissent des variations de rythme et d'amplitude. Ils augmentent dans les situations désagréables et vice versa.

Ainsi, même au cours de courtes périodes de jeux rudimentaires, avec de petits objets (cubes, bâtons, chiffons) dans le voisinage d'un enfant, non choisi, il ne peut se départir de l'attitude quadrupédique et de quelques mouvements de balancement.

Lorsqu'il est dans une situation désagréable ou dans un lieu nouveau, entouré de personnes inconnues : il trépigne, hurle jusqu'au trouvé de quelques couvertures ou coussins sur lesquels il se jette à quatre pattes pour se balancer avec violence.

Contact :

Le contact est pratiquement toujours refusé avec les adultes. Sans doute il lui arrive de serrer rapidement la main tendue pour répondre en apparence au bonjour de la personne qui passe près de lui. En fait, par cette manoeuvre, il tend à éloigner celui qui passe : sa main repousse celle qu'on lui tend tout en la serrant : son bonjour est un : "au revoir, allez-vous en".

Lorsqu'on approche du lit, Rudi est très mal à l'aise ; il augmente l'amplitude du balancement, si on insiste, il se détourne ; sa mélodie se transforme, devient aiguë. Son malaise se traduit encore par d'évidentes réactions vaso-motrices de la face (pâleur et érythème). Il s'agite, se frappe alors, d'une manière très particulière : sans violence, mais de presse façon, du dos de la main droite, il se frappe le front, puis le dos de la main gauche qui est restée sur le plan du lit. Il peut se frapper plusieurs fois de gestes extrêmement prompts. Il se trouve alors en complet désarroi, crie, mais n'a jamais recours à la fuite spontanée.

Lorsqu'il est debout, il s'éloigne à l'approche comme s'il s'effaçait dans un mouvement tournant et va faire "le taki" sur son lit.

Avec les enfants qui l'entourent dans le Service et qu'il connaît bien, il n'a aucun contact, aucun jeu de relation. Il est juxtaposé aux autres enfants, semblant toutefois profiter de leur activité. Il lui arrive de se placer près d'un enfant qui joue, de le regarder, de lui prendre quelques objets, mais il n'échange rien. Nous verrons plus loin qu'il n'agit pas de même avec son père.

Il faut insister sur l'intérêt porté par Rudi à l'ambiance ; sur sa vigilance pour le monde extérieur ; Sans doute, le faciès est figé (malgré quelques fins mouvements parasites) hagard même et cependant réalisant une mimique paradoxale, a quelque chose de fin, d'intelligent, animé qu'il est par un regard profond, mais surtout extrêmement mobile et

rapide qui, s'il ne rencontre jamais l'interlocuteur, doit l'informer de tout ce qui se passe alentour.

Langage :

Le langage de Rudi est pratiquement inexistant, passant des journées entières sans dire une seule parole. Nous ne l'avons entendu prononcer que quelques mots. Le plus souvent les mots sont déformés par élision : "p'tit raisin... p'tit raisin", seuls mots prononcés au cours d'un séjour de deux mois. Autrement, il désigne ce qu'il désire, mais c'est très rare.

Récemment, il a dit à son père en notre présence : "plover", ce qui voulait dire : pull-over et plus "habille-moi".

Se réveillant d'une anesthésie, il a de manière étonnante chanté plusieurs minutes : "veux aller au dodo"... et aussi quantité d'autres vocables pour nous incompréhensibles.

Alimentation :

Dès l'entrée dans le Service, Rudi a eu à l'égard de la nourriture, une attitude de refus global, catégorique et sans appel. Toute approche de nourriture mettait l'enfant en colère, il se repliait sous ses draps en criant et en s'agitant, tout en jetant à terre ce qu'on lui présentait. L'insistance déclenchait l'agitation pour plusieurs heures.

Il a ainsi refusé toute nourriture pendant plusieurs jours, sans apparemment souffrir autrement qu'une certaine altération des traits. Ce n'est qu'informé des goûts particuliers de Rudi, qu'on réussit à l'alimenter. En effet, Rudi ne veut manger que : viandes en sauce, haricots rouges, sardines, chocolat au lait, raisins, mandarines, croissants. Toute nourriture qui lui est proposée est examinée avec soin, goûtée avec délicatesse, et rejetée en bloc sans retour possible si elle n'a pas paru satisfaisante. Elle est de la même manière refusée si une cause extérieure vient troubler le repas.

A l'occasion de leur visite, les parents apportent la nourriture que Rudi aime, il l'accepte toujours avec une évidente satisfaction. Il accepte le lendemain pareillement ce que les parents ont laissé.

Un jour, dans le Service, il découvrit avec une extraordinaire promptitude un cageot de raisin qui n'était pas en évidence. Il se précipita dessus, mangea une grande quantité

de "p'tits raisins", manifestant une joie fébrile, des rires, des trépignements et il fut très difficile de l'éloigner. Il revint ultérieurement plusieurs fois à l'endroit de sa découverte.

Un autre jour, en présence de l'un de nous, il se jeta sur l'assiette destinée au chat et y prit un morceau de viande.

Après deux mois et demi de séjour dans le Service, Rudi avait maigri de manière importante.

Sommeil :

Rudi en général dort peu et mal, mais sans balancement. Il s'endort le plus souvent très tard, se réveille aux bruits, et a du mal à se rendormir. Il dort en chien de fusil, entièrement enfoui sous les draps. Il ne se souille pas la nuit.

Après quelques semaines de séjour dans le Service, son comportement du sommeil s'est aggravé : ne se couche pas sans avoir jeté à terre draps et couvertures, urine sur le matelas pour se coucher ensuite dans l'urine et s'endormir.

° ° °

L'examen somatique n'a pu être que sommaire. Toutefois il semble n'exister aucun signe d'atteinte viscérale ou neurologique.

La sérologie sanguine est négative. Le L.C.R. est normal (18/11/57) :

albumine	0,10
cellules	2,2
chlorures	7,5
glucosé	0,75
Benjoin	00000,22200,00000

L'E.E.G. (Dr. Cl. LEROY) a été très difficile à pratiquer. Au cours d'une première tentative, le sujet s'est presque constamment débattu et on n'a pu obtenir l'occlusion palpébrale. Dans ces conditions, on a noté le 24/10/57 un tracé "de 4 cyc./sec. irrégulier. Excellent entraînement à la S.L.I."

Un nouvel examen sous anesthésie au N₂O le 12/3/58, a montré "une forte résistance à l'endormissement, un stade de sommeil profond un peu irrégulier. A la phase de réveil, une amélioration du tracé avec apparition d'un rythme de base alpha à 11 cyc/sec, un peu irrégulier, de réactivité moyenne.

En conclusion, l'E.E.G. présente un léger excès de rythmes lents pour l'âge de l'enfant ; il existe un alpha rapide de réactivité moyenne, mais conservée, à l'ouverture des yeux, et un excellent entraînement à la S.L.I. ce qui ne permet pas d'objectiver des altérations profondes de l'électrogenèse cérébrale, ni de la vigilance.

Le niveau mental n'a pu être évalué à cause du refus de collaboration du sujet qui n'a pu être soumis à aucune épreuve.

OBSERVATION 6 : Max A...

Max A... est hospitalisé à Vaucluse depuis 1954 pour un syndrome schizophrénique.

Ses parents, de nationalité polonaise, sont bien portants. Un jeune frère de 8 ans, présente un niveau intellectuel normal. On ne note aucune maladie mentale dans les antécédents familiaux. Durant la grossesse, en 1944, la mère, travaillant comme manoeuvre en Russie, a beaucoup souffert de la faim. Accouchement normal. Cri immédiat. Poids : 2 Kg 400. Nourri au sein pendant un an. Le premier développement psychomoteur semble avoir été normal : premier sourire à 2 mois ; station assise : 6 mois ; marche 13 mois. Propreté acquise à 2 ans.

De 1944 à 1946, l'enfant s'est trouvé dans des conditions de famine et a présenté à plusieurs reprises des épisodes de diarrhée aiguë mettant sa vie en danger. Il semble - cependant que, jusqu'à 15 mois, Max ait été un enfant gai, vivant, affectueux. Sa mère note seulement qu'il criait souvent la nuit.

Max a 3 ans environ lorsque son entourage commence à s'inquiéter à son sujet : il ne dit encore que deux ou trois mots. Il présente surtout d'importants troubles du caractère : capricieux, volontaire, exigeant, il est impossible à satisfaire. Il pleure ou crie sans cesse pour des motifs souvent incompréhensibles. Il est triste, grognon, renfermé. Placé à l'école à 4 ans, son considérable retard de langage étonne l'institutrice, qui lui trouve l'esprit vif. Cependant, on note chez Max dès ce moment la tendance à l'isolement : il ne se mêle pas aux autres enfants.. ; il reste dans un coin de la pièce à les regarder ou à jouer tout seul. Durant les trois années qu'il passe à l'école communale, Max commence à peine à apprendre à lire, à compter. Mais les troubles du caractère s'aggravent : il bat ses camarades, se montre jaloux, tyrannique. Surtout, se développe une anxiété de plus en plus grave (insomnies, cauchemars...). C'est à cette époque (il a 7 ans) qu'il est envoyé en maison d'enfants à Saint-Germain. Il traverse d'abord une période de mutisme total durant laquelle il fait

chaque nuit des cauchemars terrifiants. Peu à peu, il se met à parler et devient même extrêmement bavard. Les thèmes qu'il développe alors révèlent une très grande anxiété (ciel décroché, personnages écrasés, animaux mutilés, etc...)

Les troubles du caractère vont en progressant et des préoccupations sexuelles apparaissent avec prosélytisme (il oblige, en le brutalisant, un camarade à lui sucer la verge), qui motivent une hospitalisation dans le service du Professeur HEUYER. Là, l'anxiété, la logorrhée incessante contrastant avec l'absence de contact, l'impulsivité, la tendance à l'isolement font redouter l'évolution d'une schizophrénie, et dès cette date, le placement à Vaucluse est envisagé.

Bientôt, l'agressivité devient extrême. Max brise d'innombrables vitres, provoque à tout moment des scandales dans le quartier, se précipitant sur des passants pour les frapper ou leur cracher au visage. Le rendement scolaire s'effondre : Max ne s'intéresse plus à la classe, refuse d'y aller disant "qu'il ne comprend plus rien". Il soliloque toute la journée, poussant parfois des cris immotivés, se cachant sous la table, l'air terrifié ou appelant au secours. Il se masturbe en public, s'exhibe. C'est à la suite d'une scène particulièrement violente que l'enfant d'abord hospitalisé aux Enfants Malades est ensuite transféré à Vaucluse.

On constate alors l'existence d'un délire flou centré sur la bombe atomique, dont il dit "sentir le chatouillement", et d'une activité hallucinatoire intense motivant les impulsions brutales, le négativisme, les discordances nombreuses, le maniérisme, les sourires stéréotypés, les bizarreries de comportement avec alternance de mutisme et de logorrhée, l'autisme enfin venant confirmer, s'il en était besoin, le diagnostic de syndrome schizophrénique.

Une série d'électro-chocs pratiquée aux Enfants-Malades n'a amené aucune amélioration. Les mois suivants, à Vaucluse, l'enfant vit dans un isolement farouche, passant son temps à déchirer des morceaux de papier. Boudeur, opposant, négativiste, la seule chose qui l'intéresse encore est le dessin. Au cours de rares soliloques, il montre une pensée délirante, très floue, à thème mélancolique, avec auto-accusation. L'indifférence affective est totale. Les réponses sont brèves, ambivalentes. A la suite d'une cure insulinique, en juillet 1955, l'enfant devient moins hostile, de contact plus souriant et plus facile, mais son comportement reste incohérent et contradictoire. L'autisme et la perte de contact avec l'entourage sont frappants ; il

ignore absolument ses voisins de chambre. L'anxiété demeure et se manifeste par des mouvements de crainte, de fuite, lorsqu'on s'approche de lui. Il ne répond plus que par monosyllabes, un sourire figé aux lèvres. L'ambivalence est extrême avec l'apragmatisme. La seule activité qu'il accepte est le dessin, et il aligne alors inlassablement des chiffres.

La régression intellectuelle est extrême : Max ne sait plus ni lire ni compter. Les préoccupations de la vie quotidienne sont de plus en plus végétatives : la seule chose qui l'intéresse est la nourriture ; sans cesse il se plaint d'avoir faim et recherche des aliments.

Actuellement, son comportement est typiquement schizophrénique : indifférent à son entourage, il déambule à longueur de journée, soliloque silencieusement du bout des lèvres, sourit, parfois crie ou pleure et il a de nombreuses stéréotypies, accepte de dire bonjour du bout des doigts et refuse tout entretien. Parfois il frappe un camarade de façon imprévisible, rarement violemment. Il a de nombreux rites à caractère conjuratoire : toucher un radiateur, le lit du voisin, les affaires ou les jouets d'un voisin ou le voisin lui-même ; tout obstacle à la réalisation de son désir l'angoisse et il pousse des cris et tente de le réaliser malgré tout ; très craintif lorsque ses camarades le bousculent, il se montre courageux et indifférent aux coups pour réaliser son rite. D'autres fois il reste couché toute la journée et refuse de se lever en poussant des cris ; il se masturbe fréquemment. Pour la nourriture, il est plutôt gourmand mais refuse de manger les pommes et le pain d'épice qu'il jette dans les W.C., il ne supporte pas d'en voir sur le lit des autres enfants et s'en empare pour les jeter ; les pommes et le pain d'épice sont les provisions que sa mère lui amène le plus fréquemment, malgré les avis réitérés des infirmières : devant elle il jetait ces aliments mais elle persistait à lui en rapporter affirmant qu'il les aimait ; il ne refusait aucun autre aliment apporté par elle. Il s'agit bien du comportement d'un hébéphrénocatatonique, manifestant encore un certain degré d'anxiété.

Un essai de largactil l'a légèrement amélioré : 500 mg par jour sont nécessaires pour le rendre plus calme, un peu plus aimable ; il a renoncé à ses rites, il parle parfois, il est souvent grossier, mais n'a aucune activité pragmatique, il supporte très bien cette dose de largactil qui ne le fait pas dormir.

Il s'agit d'une psychose apparue chez un enfant de 10 ans, remarquable par les signes de régression instinctivo-affective et les troubles du comportement sexuel.

CHAPITRE 4

ETUDE DU MATERIEL CLINIQUE

-:-

Nous n'avons cru devoir retenir que les observations indiscutables de psychoses chroniques atteignant des enfants de moins de 12 ans, indemnes de grossières atteintes encéphalopathiques que nous avons suivis en milieu hospitalier pendant une durée d'au moins un an afin d'éliminer un trouble passager.

En pratique, cette méthode nous a permis de recueillir un ensemble d'informations en ce qui concerne les antécédents, les modes d'entrée dans la maladie, les divers tableaux cliniques aux différents âges, l'évolution des symptômes. L'observation prolongée a également été mise à profit pour pratiquer les examens paracliniques complémentaires, les tests, l'électroencéphalogramme, l'encéphalographie gazeuse.

Il ne peut être question de faire une étude complète de tous les résultats, nous nous sommes contentés de résumer les principales données de ces investigations.

D'autre part, nous avons essentiellement cherché les critères du diagnostic précoce c'est pourquoi nous insistons sur les signes d'alarme qui font soupçonner le début d'une psychose, enfin nous tenterons de répondre aux questions qui se posent :

1° Quelles sont les corrélations qui peuvent être établies entre les antécédents, l'histoire du développement, le mode de début ?

2° Quelles sont les relations qui existent entre les différentes formes symptomatiques aux différents âges ?

I.- LES ANTECEDENTS :

A/- FAMILIAUX : Pour peu que l'on se penche avec attention sur la constellation familiale des enfants psychotiques, on ne peut pas ne pas être frappé de l'importance des antécédents chargés.

La constance de troubles psychiques ou d'affections nerveuses retrouvées chez les grands parents, parents ou collatéraux est un fait marquant qui doit être souligné.

Dans les familles de ces enfants, on retrouve des maladies mentales, des troubles caractériels graves, des déséquilibres profonds, un fond oligophrénique dans une proportion variable de 50 à 80 %.

Le milieu familial dans lequel vit l'enfant est lui-même très fréquemment perturbé.

Les travaux récents (CLARDY, GREEN) ont mis en évidence particulièrement un certain type parental.

La mère de ces enfants est le plus souvent caractérielle ou névrosée.

Les mères rejetantes, plus préoccupées d'elles-mêmes que des besoins de leurs enfants, narcissiques, ne peuvent supporter les troubles de leurs enfants.

A l'opposé, certaines mères anxieuses, de caractère obsessionnel, vivent en véritable symbiose avec leur enfant malade, le surprotégeant et l'empêchant de se différencier d'elle.

Au fond, la relation mère-enfant est de toute façon anormale.

- soit que la mère rejette l'enfant, c'est le cas des enfants privés de soins maternels ou élevés par des mères rigides imposant des frustrations massives,

- soit que la mère projette sur son enfant sa propre angoisse.

- soit qu'enfin par une véritable réaction de fusion la mère psychopathe empêche son enfant de parvenir à la connaissance du monde et de la réalité.

Le père apparaît dans les observations ne pas tenir une place très importante. En dehors des antécédents éthiques, ce qui nous a paru le plus notable dans les familles

d'enfants psychotiques était la carence éducative et affective.

Le rôle du père n'est pas assumé; on rencontre beaucoup plus que des personnalités franchement morbides, des pères faibles, peu sensibles aux troubles de leur enfant, lointains.

La dissociation familiale n'apparaît pas plus fréquente que dans les familles d'enfants caractériels.

En fait la quasi-constance des antécédents familiaux morbides ne doit pas être interprétée comme une simple transmission héréditaire d'un tempérament psychotique mais comme un caractère non spécifique.

Il faut bien aussi souligner les interactions entre l'attitude des parents et l'éclosion des symptômes de l'enfant, les perturbations du milieu familial retentissent sur le développement affectif de l'enfant qui ne parvient pas à établir des relations harmonieuses avec l'entourage; en retour les troubles psychiques d'un enfant atteint d'une psychose déterminent chez les parents des sentiments d'angoisse, de culpabilité qui rendent insupportable (au vrai sens du terme) le climat.

B/- LES ANTECEDENTS PERSONNELS :

Toute l'histoire du premier développement de ces enfants montre une série d'échecs, aucun des cas que nous avons observés n'a été indemne à un moment ou l'autre de sa première enfance d'une perturbation ayant entraîné un retard d'acquisition.

- Les traumatismes obstétricaux n'ont pas paru jouer un rôle déterminant. dans un cas un accouchement prolongé suivi d'anoxie néonatale a nécessité une réanimation, les grosses atteintes lésionnelles, les encéphalopathies massives entraînent des tableaux de désorganisation globale avec signes neurologiques et arriération psychique.

- Les infections aiguës de la première enfance : nous avons relevé la fréquence des otites, des infections aiguës, des toxicoses, mais ces antécédents se retrouvent chez nombre d'enfants, par contre dans deux cas une maladie grave et prolongée (primo-infection, toxicosé) a nécessité une hospitalisation de longue durée et une séparation prolongée de la mère.

- Les convulsions n'apparaissent pas, dans l'histoire clinique de ces enfants, fréquentes. En aucun cas nous n'avons trouvé de signes d'épilepsie.

Par contre nous avons été frappé de la fréquence d'un retard du développement psycho-moteur, non pas tant d'un retard global que d'un retard électif d'acquisition du langage et de la propreté.

Ces deux signes sont retrouvés dans la moitié des cas.

D'autres symptômes, constituant des motifs de venue de l'enfant nous ont paru mériter une attention particulière, nous les décrirons comme des signes d'alarme retrouvés chez nombre d'enfants suspects de psychose.

1° Les troubles des conduites instinctivo-affectives :

a) Les troubles du sommeil quasi-constants :

Le sommeil est modifié dans sa durée et sa profondeur : les insomnies s'accompagnent d'agitation, d'anxiété ; les cauchemars et surtout les terreurs nocturnes inquiétantes par leur intensité, leur durée, leur répétition.

b) Les troubles alimentaires : Les difficultés d'allaitement sont banales, un symptôme apparaît important : l'anorexie, fréquemment retrouvée dès le premier âge, se manifestant soit électivement à l'égard d'un aliment, soit globalement, allant jusqu'au refus complet de toute nourriture associé à des vomissements.

c) Les troubles sphinctériens : La propreté est acquise en retard, l'énurésie nocturne est de règle, plus caractéristique est la réapparition de l'incontinence après une période de contrôle sphinctérien surtout si elle s'associe à une encoprésie et à un onanisme.

En l'absence d'une cause organique décelable l'association de ces troubles constitue un signe grave de désorganisation instinctive.

2° Les troubles du langage

3 tableaux différents peuvent attirer l'attention :

- soit absence totale d'acquisition (mutité),
- soit retard simple d'acquisition de la parole contrastant avec développement normal de la psychomotricité,
- soit disparition d'un langage acquis. Le mutisme se retrouvant d'après STEIN dans 1/3 des cas de psychose débutante.

Ces troubles du langage prenant leur importance dans le contexte du développement affectif.

3° Les troubles affectifs ne manquent jamais dans les antécédents, certains sont tellement caractéristiques qu'ils constituent en fait les prodromes de l'état morbide.

a) Les troubles de l'humeur. De l'excitation psychomotrice avec instabilité désordonnée à l'inhibition psychique, tous les tableaux se rencontrent. La labilité thymique extrême est signalée par tous les auteurs.

b) Le caractère : l'hyperémotivité, mais surtout l'anxiété constituent le fond sur lequel se développe un ensemble de manifestations :

- des troubles du comportement : colères, impulsions brutales, fugues, réactions d'agressivité à l'égard d'autrui et de soi-même allant jusqu'à l'automutilation.

L'opposition familiale
scolaire
sociale
constituant autant d'étapes vers une inadaptation profonde.

- des troubles psychomoteurs : tics, instabilité motrice, mouvements anormaux.

Il n'est guère de symptômes caractériels qui ne se retrouvent dans l'histoire de nos sujets, leur intensité, leur persistance inquiète l'entourage d'autant plus qu'ils ne paraissent pas réactionnels à une situation extérieure particulière. Ce caractère d'étrangeté, de bizarrerie, d'inadéquation du trouble à la situation réelle fait soupçonner une désorganisation profonde du psychisme.

4° Les troubles neuromoteurs, s'ils n'apparaissent pas au premier plan du tableau clinique sont cependant retrouvés avec une grande fréquence. L'établissement tardif de la dominance latérale, le retard d'acquisition de la coordination motrice, la persistance de syncinésies et d'automatismes moteurs constituent autant de signes d'immaturité neurologique.

2.- LES MODES DE DEBUT :

Au terme de l'enquête catamnétique, un cortège de symptômes est découvert constituant autant de modes d'entrée variables mais il est bien difficile de préciser le moment d'apparition de ces signes dont les uns sont très précocement installés, les autres émergeant au fur et à mesure des nouvelles formes d'organisation de la personne :

Vers 3-4 ans, ce sont les troubles des conduites instinctives qui dominent la scène clinique : troubles du sommeil, anorexie, énurésie.

A 5-6 ans, le mode d'entrée est le plus souvent marqué par un changement du caractère, un trouble de la relation avec l'entourage dont le mutisme constitue la révélation la plus frappante.

L'opposition familiale et le refus scolaire constituent autant de prodromes des formes de l'âge scolaire, la différenciation des conduites enrichit le tableau de symptômes particuliers (phobies, obsessions) cependant que le décalage apparaît plus net entre les secteurs de l'activité psychique inégalement désorganisés.

- L'entrée dans la psychose par un épisode aigu nous a paru fort rare, la confusion mentale est exceptionnelle et pose le problème diagnostique d'un état aigu toxi-infectieux.

- Le mode subaigu est bien plus caractéristique. Des enfants ayant dès leur plus jeune âge présenté un fond caractériel schizoïde se renferment, s'isolent, le champ de leurs intérêts se rétrécit, les échanges avec l'entourage s'appauvrissent, les activités diminuent, leur vie imaginative prend une place prépondérante.

L'aspect de rêveurs solitaires vivant dans un monde fermé, coupé de la réalité, donne une image de ce type d'enfants mais la variabilité des symptômes d'un moment à l'autre et d'un cas à l'autre selon l'âge et le moment évolutif rend beaucoup trop schématique la description d'un tableau typique. C'est pourquoi nous nous limiterons à l'étude des données de l'examen, regroupant les formes cliniques au chapitre du diagnostic.

Un dernier point vaut d'être souligné dans l'étude de l'anamnèse : la proportion des psychoses observées chez le garçon est 4 à 5 fois supérieure à celle qui atteint les filles, la fragilité de l'organisme est-elle seule en cause, un facteur chromosomique joue-t-il un rôle ?

Aucune explication ne nous a paru suffisante pour résoudre cette énigme. Sur un matériel clinique portant sur une centaine de cas, LANG a retrouvé également 60 à 70 % d'états psychotiques chez le garçon avant la puberté alors que les schizophrénies juvéniles touchent à peu près également filles et garçons.

3.- DONNEES DE L'EXAMEN :

1° La présentation de l'enfant :

L'aspect général frappe par l'âtrange des attitudes et la bizarrerie des réactions.

- Le faciès est tantôt figé, immobile comme étonné , tantôt animé de grimaces, de tics,

Le regard vif contraste avec l'aspect tiré des traits, donnant au visage une impression de masque rigide.

La mimique est tendue souvent parasitée de mouvements anormaux, le sourire est rare.

L'aspect guindé, maniéré de la présentation a frappé tous les observateurs. LUTZ notait la "disparition de la fraîcheur spontanée" nous insistons sur la perte de la mobilité de l'expression naturelle.

Tous les aspects se voient, de la grande agitation psychomotrice désordonnée à la stupeur catatonique.

Le geste est maladroit, à la dyspraxie évidente se surajoutent des stéréotypies, gestes répétés de façon automatique sans concordance avec le but.

Les troubles de la sphère instinctive ajoutent au côté alarmant de la situation, l'insomnie creuse les traits de l'enfant, l'anorexie entraîne un amaigrissement important ; l'incontinence sphinctérienne est bien souvent associée à des conduites sexuelles révélatrices (onanisme - exhibitionnisme).

2° Le contact affectif :

Est profondément modifié dans son aspect relationnel.

Dès l'abord de l'enfant, le clinicien est frappé par la distance qui empêche l'établissement d'un dialogue voire d'un jeu, certains enfants psychotiques paraissent tellement lointains qu'aucune sollicitation ne parvient à modifier leur comportement inhibé et passif.

D'autres sont exubérants, le contact paraît facile en superficie, ils donnent l'impression d'enfants subexcités, hypomanes mais en fait ils fuient leur angoisse qui réapparaît dès qu'une tentative de relation avec le médecin ou les objets leur est offerte.

Un signe fondamental, propre aux psychotiques apparaît : l'ambivalence du contact que l'enfant paraît rechercher avidement pour le fuir ensuite.

- L'humeur est inégale, de brusques sautes d'humeur font passer ces sujets d'un état d'inhibition à une excitation coléreuse, furieuse.

- Les troubles de la conduite ne sont pas moins révélateur traduisant une opposition à l'égard du milieu surtout familial.

Les colères, les impulsions brutales, les fugues sont autant de réactions dont l'étude rapportée aux conditions de vie montre le caractère immotivé ou incompréhensible.

3° Le langage :

Il n'est pas d'exemple de psychose infantile où ne se rencontre un trouble du langage, qu'il s'agisse d'un retard d'acquisition, d'une perte du langage acquis, d'une modification de l'expression verbale dans sa forme ou son contenu.

1 - Le retard d'apparition du langage verbal est retrouvé dans les antécédents de beaucoup d'enfants suspects de schizophrénie, c'est après 2 ans que les premières phrases apparaissent, réduites à quelques mots souvent répétés, l'organisation du langage est incomplète.

2 - Le mutisme constitue un signe primordial observable dans la plupart des cas à un moment de l'évolution. Dans sa thèse, STEIN en a précisé les aspects essentiels : tantôt l'enfant reste totalement silencieux, muré, plus souvent il s'agit d'un semi-mutisme avec inhibition profonde, le langage se réduit à quelques expressions vidées de leur sens et s'appauvrit progressivement.

3 - Les modifications du discours constituent un phénomène remarquable :

- la tonalité de la voix paraît changée, voix monocorde, neutre ou voix chuchotée, imperceptible, avec parfois brusque explosion de cris.

- le rythme est irrégulier : à de longues phrases succède un flot de paroles décousues, de phrases incomplètes sans liens ; le bégaiement apparaît au cours de l'examen.

- les formes verbales sont modifiées, il faut souligner la fréquence des itérations verbales, mots répétés dans une phrase, des néologismes, mots créés sans signification apparente.

Les perturbations de fond consistent en l'utilisation

d'un langage automatique, non adapté à la réalité, souvent parsemé d'abstractions, d'incohérences, rendant impossible la communication avec autrui. Cette perte du rôle primordial de relation de la fonction verbale se traduit par des signes bien décrits :

l'écholalie, le phonographisme "répétition hors de propos de longues phrases" (TRAMER), la jargonophasie, la littéralité, la confusion du prénom et du nom aboutit à l'impossibilité pour l'enfant de s'identifier, ce qui le fait se désigner à la troisième personne "il" est employé à la place de "je" ou de "moi".

Tous ces troubles varient en fonction de l'âge de l'enfant, une des caractéristiques essentielles du langage des enfants psychotiques est sa non concordance d'avec le niveau d'organisation psychique, cet aspect de régression est manifeste chez les sujets qui après avoir acquis un langage correct le perdent ou utilisent des formes archaïques absolument incompatibles avec leur âge.

En conclusion, la discordance trouve son expression dans l'utilisation de mots sans résonance affective qui ne sont plus que des signes dépourvus de contenu, ce que DESPERT a traduit dans l'idée d'une dissociation entre le langage signe et le langage fonction.

Ce qui nous paraît essentiel, c'est que ces troubles du langage n'apparaissent pas isolément mais font partie d'un désordre global du contact affectif, d'une perte des communications avec l'environnement qui est aussi manifeste dans ces deux formes d'expression privilégiées que sont chez l'enfant le dessin et le jeu.

A/ Le dessin :

Les altérations des formes sont mises en évidence dans la représentation du corps humain ; les personnages sont bizarres, frappent par leur asymétrie : les disproportions entre l'image de tronc réduite et la représentation prédominante des extrémités et des orifices (bouche, nombril), les mains peuvent manquer ou comporter des doigts en surnombre, la tête réduite ou bien démesurée par rapport à l'ensemble du schéma.

La fragmentation des figures, le morcellement des dessins sont des signes retrouvés qui traduisent la désorganisation de la personne ; le contenu des dessins est pauvre le plus souvent frappant par la répétition d'images détachées d'un ensemble harmonieux.

L'analyse du dessin apporte un élément diagnostique d'importance en montrant la discordance entre un niveau intellectuel à peu près correspondant à l'âge mental et un niveau affectif bien inférieur. Les archaïsmes se reconnaissent à la représentation d'images monstrueuses, placées en désordre. Les couleurs sont sans éclat, monotones.

Exceptionnellement, le dessin renferme un contenu hallucinatoire.

L'écriture est aussi modifiée, le graphisme est irrégulier, les altérations ont la même signification que les troubles verbaux.

B/ Le jeu :

Depuis les premières descriptions de psychoses, tous les auteurs ont insisté sur le désintérêt manifesté par ces enfants pour les jeux ; nous avons observé le comportement des enfants devant la boîte de jouets comprenant des animaux sauvages et domestiques, des personnages courants, une maison, des arbres, des barrières ; plusieurs signes ont attiré notre attention :

- a) le contact avec l'objet est particulier :
 - soit refus et attitude de désintérêt, voire d'opposition,
 - soit choix hésitant, précautionneux, quêtant l'approbation de l'examineur.

b) la manipulation. On est frappé de la retenue dont fait preuve le sujet qui prend l'animal, palpe son corps, semble vérifier ses formes, puis subitement flaire l'objet ou le porte à la bouche ; préhension et maniement entraînent chez certains enfants une frayeur indicible qui conduit tantôt à un rejet du jeu, tantôt à

c) des stéréotypies.

L'enfant paraît adhérer à l'objet, son regard ne peut se détacher du jouet qui exerce sur lui une sorte de fascination, toute modification dans la place des objets provoque une réaction d'angoisse, ainsi apparaît l'activité de jeu rituelle, spontanément réduite, invariable dans le temps ; toutes les formes de passage se voient entre l'attitude hébétée, comme absente de l'enfant incapable d'organiser le jeu qui est mouvement, l'attitude désordonnée de l'enfant excité, passant d'un jeu à un autre et le refus pur et simple de communication par l'objet.

L'examen de l'affectivité à travers le mode de contact,

le langage, le jeu et la conduite est un temps crucial de l'examen. Le problème est en effet de savoir comment situer ce trouble affectif dans l'organisation psychique de l'enfant et force est d'avouer que la qualité du trouble ne peut être examinée qu'à travers la relation de l'enfant et du clinicien. Seul un contact répété, prolongé, peut permettre d'observer les modifications du caractère, les oscillations de l'humeur, l'alternative des phases d'inhibition et d'excitation.

Ce signe fondamental qu'est l'anxiété, s'il est constamment retrouvé chez ces enfants, a une signification différente selon l'âge.

Une angoisse profonde retrouvée dans les troubles du sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes), dans les phobies, dans la fuite du contact, constante et incoercible malgré les changements de situation est l'un des signes majeurs de l'affection.

4° L'examen intellectuel et les tests :

Nous ne ferons que résumer les données des épreuves psychologiques car outre qu'il est impossible de définir l'intelligence de tels enfants, la plupart des signes décrits sont sans valeur du fait :

- des troubles de l'attention, dispersée, fuyante,
- du mode de pensée dont le cours est troublé par l'irruption de rêveries, de fantaisies imaginatives morbides.
- du contact même impossible à établir pendant une durée prolongée.

Les tests de niveau donnent des résultats dispersés, le niveau mental au Binet Simon est diminué, l'âge de base est inférieur à l'âge réel. Les épreuves verbales sont encore à peu près réussies mais les épreuves de performance montrent des échecs discordants d'avec l'âge mental de l'enfant.

La dissociation entre les résultats des épreuves performance et verbales est souvent retrouvée.

- La détérioration intellectuelle dont les cliniciens ont fait un signe caractéristique de l'évolution schizophrénique est en tous cas loin d'être constante, les résultats au cours d'épreuves successives sont trop divers pour garder une valeur absolue.

Le seul fait est que l'intelligence de ces enfants - si elle est atteinte - ne l'est ni globalement ni primitivement d'où conservation de l'organisation de certains secteurs alors que la réalisation d'autres fonctions est impossible.

Les tests projectifs sont plus intéressants permettant une analyse du mode général de contact, une étude de la forme et du contenu des réponses aux planches d'examen.

Le C.A.T. retrouve la fréquence des réactions ambivalentes à l'égard de l'entourage, l'enfant fixé au milieu familial manifeste des tendances agressives (opposition à l'image des parents). Les thèmes d'angoisse sont exprimés avec une intensité qui frappe, les terreurs primitives (peur d'être mangé, peur d'être privé de ses parents, sentiment d'abandon) sont souvent révélées dans le contenu des réponses.

Le Rorschach montre l'uniformité des interprétations, la persévération des réponses.

Des signes dissociatifs sont décrits dans nombre de protocoles:

Réponses aberrantes sans lien avec l'image,
Réponses stéréotypées, identiques quelle que soit la planche,
Pauvreté générale des réponses verbales contrastant avec l'intensité des réactions émotionnelles,
Projection de préoccupations morbides (thèmes de mutilation, de morcellement, etc...)

Les tests perceptifs sont particulièrement intéressants par la constance d'une désorganisation de la reconnaissance des formes et l'impossibilité de représentation des figures.

Le test de Goodenough (image du bonhomme) montre les altérations de la représentation de l'image corporelle.

- La figure complexe de Rey est totalement bouleversée, traits et lignes ne sont plus orientés.

- Le test de Bender est aussi modifié, la confusion des images, la fréquence des rotations de figure, le morcellement des parties du dessin sont autant de signes décrits qui indiquent que la perception est modifiée.

5° L'examen neuromoteur :

Si l'examen neurologique, systématiquement pratiqué, ne montre en règle générale ni déficit ni signes lésionnels, tout un ensemble de troubles fonctionnels peut être mis en évidence par des épreuves particulières :

1/ une modification du tonus, soit freinage tonique considérable, soit exagération du ballant,

2/ une mauvaise coordination motrice, les mouvements volontaires sont maladroits, des stéréotypies motrices apparaissent à la mobilisation active.

3/ La latéralisation n'est en règle pas acquise. La dominance droite n'est pas établie.

4/ Le phénomène fondamental est la dyspraxie, le mouvement est exécuté de façon automatique, n'est plus adapté au but. La discordance apparaît dans la conservation des attitudes archaïques contrastant avec l'impossibilité d'acquérir de nouvelles praxies.

A ce trouble de structuration motrice, s'associent des troubles psychomoteurs :

- Les tics de la face, des membres qui se répètent également de façon stéréotypée sont fréquents.

- Les phénomènes catatoniques décrits dans l'observation de Martine ne sont pas toujours complets. La conservation des attitudes imposées (cataplexie) est observée dans quelques cas.

Deux autres ordres de troubles sont mis en évidence et ont une signification particulièrement importante :

- a) les troubles de l'image corporelle,
- b) les troubles de structuration temporo-spatiale.

Les troubles de l'image corporelle consistent en une impossibilité d'intégration des différents éléments constituant le schéma corporel et se manifestent par une difficulté à percevoir, à représenter et à identifier l'image propre du corps. Ces enfants ne peuvent parvenir à distinguer les segments de leur corps et surtout à les dessiner dans un ensemble ; le schéma de ces enfants est segmentaire, morcelé comme si les parties fragmentaires ne pouvaient être assemblées dans un ensemble harmonieux.

Les troubles de la structure temporo-spatiale ont été analysés par L. BENDER (troubles perceptivo-moteurs). Ils consistent en une perte de la représentation de l'espace, l'enfant psychotique ne peut plus fixer les limites, celles de son corps comme celles de l'espace qui l'entoure.

Ce trouble de la construction de l'espace joue un rôle considérable dans la mauvaise intégration somatognosique et dans l'apparition d'un phénomène décrit par RABINOVITCH sous le terme de perte de l'individualisation ; l'enfant, faute de pouvoir établir une distinction entre son corps et les objets qui l'environnent ne parvient pas à séparer "le moi du non moi".

Nous ajouterons à ce trouble de structuration spatiale les troubles de structuration temporelle qui ne peuvent en être disjoints. Si l'acte moteur ne peut être exécuté que dans un espace orienté, il est aussi indispensable qu'il soit effectué dans une succession de moments liés les uns aux autres. Or l'examen des enfants psychotiques montre que le sens de la durée est aussi profondément modifié tant dans l'appréciation du temps écoulé que dans la durée du mouvement. L'augmentation du temps de réaction, l'allongement de la période de latence entre le stimulus et la réponse sont autant de faits qui expliquent certaines attitudes de ces enfants.

6° L'électro-encéphalogramme :

Les travaux classiques insistaient sur la pauvreté des tracés en rythme alpha, or fait frappant et paradoxal la majorité des enfants schizophrènes (90 %) présentent un tracé normal.

LELORD insiste sur la fréquence de tracés hypermatures de type adulte, riches en rythmes rapides, pauvres en delta et thêta, et peu réactifs sous hyperpnée, rencontrés chez les enfants souvent les plus gravement atteints ; les tracés instables où prédominent les ondes lentes postérieures et les rythmes thêta, sensibles à l'hyperpnée si fréquents chez le jeune sujet normal sont moins souvent retrouvés dans les psychoses infantiles ; les auteurs qui ont recherché des corrélations électro-cliniques (LEROY, NOEL, BORENSTEIN) sont d'accord sur le fait que les tracés immatures correspondent souvent aux formes cliniques les moins évolutives. Les tracés EEG anormaux (8%) présentent des signes paroxystiques soit focaux, soit généralisés et dans ces cas on a noté l'existence d'antécédents convulsifs dans la majorité (80 %) des tracés altérés. Ces données ne doivent pas surprendre

si on admet avec Mme LAIRY que l'EEG donne un reflet de l'équilibre dynamique des structures nerveuses et qu'il faut tenir compte des variations du tracé normal selon la maturation de l'électrogenèse et les réactions aux stimuli internes et externes.

C'est pour approfondir l'étude de la réactivité de ces tracés aux divers stimuli sensitifs, sensoriels, moteurs que LELORD a proposé d'utiliser les méthodes de conditionnement à la lumière et au son comparant les tracés des enfants schizophrènes et des enfants caractériels, LELORD oppose les tracés dysrythmiques des instables réagissant fortement aux stimulations et les tracés riches en rythmes rapides de haut voltage de certains psychotiques médiocrement réactifs au conditionnement électrocortical (faible réaction d'arrêt, diminution de la sensibilité à l'hyperpnée). Dans la moitié des cas, on note une absence ou une inversion de la dominance hémisphérique.

Si l'EEG n'apporte pas de critères électriques, il reste indispensable pour éliminer une affection neurologique évolutive (tumeur, épilepsie, leuco-encéphalite).

7° L'encéphalographie gazeuse :

Les résultats de nos recherches pratiquées avec FELD nous ont permis de recueillir des renseignements utiles en ce qui concerne le diagnostic et le pronostic des formes schizophréniques des psychoses infantiles. Notre travail portait sur 17 observations d'enfants de trois à douze ans que nous avons groupées en trois catégories cliniques.

- Psychoses du jeune âge : 5-6 ans à évolution rapidement régressive,
- Forme de l'âge scolaire. Dissociation instinctive et intellectuelle.
- Forme survenant chez des débiles dysharmonieux.

Les corrélations entre les formes cliniques et les troubles encéphalitiques sont loin d'être évidentes. Dans toutes les formes le liquide céphalo-rachidien était normal tant en ce qui concernait le nombre des cellules que le taux du sucre et de l'albumine.

Les modifications des images ventriculaires sont apparues plus importantes dans tous les cas évolués et dans les formes précocissimes. L'atrophie cérébrale se traduisait par une distension des citernes et l'élargissement des sillons corticaux. Dans les formes de l'âge pré-scolaire qui ne

se sont pas accompagnées d'une régression massive, nous n'avons jamais observé d'images d'atrophie ce qui peut s'expliquer par le fait que pour présenter une psychose à cet âge, il faut que la maturation cérébrale soit déjà ébauchée ce qui suppose un cerveau globalement indemne.

Par contre, il nous a semblé que l'existence d'une atrophie des hémisphères même partielle était un facteur de gravité que l'on rencontre plus particulièrement dans les cas qui aboutissent à la démence.

Chez les débiles dits évolutifs, la constatation d'importantes anomalies de l'image pneumo-encéphalographique corroborerait les données de la clinique, dans trois cas il s'agissait d'encéphalopathie ancienne ayant laissé des séquelles psychiques, une dilatation importante des ventricules latéraux était trouvée sur le cliché.

- Topographie des altérations : il semble que la dilatation des sillons corticaux prédomine à la région fronto-polaire et, fait intéressant, nous avons relevé deux cas où la distension des espaces sous-arachnoïdiens siégeait au niveau de l'hémisphère gauche. Dans ce cas, nous avons diagnostiqué un trouble important de la latéralisation et de l'image corporelle. Les autres malformations sont plus rares.

Les modifications du pneumo-encéphalogramme reflètent-elles une modification fonctionnelle ou un trouble organique définitif ? En l'absence de contrôles radiologiques répétés, il est osé d'affirmer sur la simple constatation d'un élargissement des sillons corticaux ou d'une discrète modification de l'image ventriculaire que nous avons affaire à une atrophie véritable. C'est dire la prudence avec laquelle les clichés doivent être interprétés. Le diagnostic se pose surtout vis-à-vis des encéphalopathies atrophiantes consécutives à un trauma, une affection, une intoxication. Les anomalies rencontrées ont toujours été discrètes. Une destruction trop étendue et massive du pallidum est incompatible avec une évolution schizophrénique, les grandes atrophies corticales sont bien plus le fait des processus organiques massifs entraînant une désintégration neurologique et dementielle que d'une psychose qui ne se manifeste qu'à partir d'un niveau de maturation suffisant.

CHAPITRE 5

LES ETAPES DU DIAGNOSTIC

-:-

Il n'est pas de problème plus ardu en psychiatrie d'enfants que de poser un diagnostic de structure psychotique. La fluctuation des symptômes, l'absence de signes spécifiques, le polymorphisme des tableaux et le remaniement des formes cliniques aux différentes étapes maturatrices rendent difficile l'établissement de critères objectifs. Cependant divers temps sont à considérer pour parvenir à résoudre le problème du diagnostic.

1 - Eliminer les affections aiguës et les états chroniques qui ne s'accompagnent pas d'une dissociation schizophrénique.

2 - Regrouper les signes cliniques aux différents âges et séparer les troubles réactionnels des organisations psychonévrotiques.

3 - Rechercher par une étude structurale le mode d'organisation de la personnalité et discuter la valeur des signes communs aux diverses formes de psychose.

I.- Diagnostic différentiel des affections aiguës du système nerveux chez l'enfant :

- La confusion mentale :

Elle est caractérisée par :

- un aspect neuropsychique particulier : une obnubilation de la conscience accompagnée d'agitation ou de stupeur associée à un délire de rêve : l'onirisme.

- un aspect général : hyperthermie, troubles végétatifs.

La confusion mentale se rencontre au cours des Délires aigus de l'enfant dont la cause toxi-infectieuse est à recher-

cher. La typhoïde , le R.A.A., les méningo-encéphalites en sont les causes principales.

Les intoxications en particulier l'intoxication par l'oxyde de carbone donnent un tableau voisin ; les signes neurologiques sont fréquents : convulsions, déficit localisé, signes extrapyramidaux.

Il importe surtout de ne pas méconnaître une tumeur cérébrale devant une régression intellectuelle et affective, une obnubilation progressive ou une agitation inexpiquée.

L'existence d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, la modification du fond d'oeil, des signes de localisation neurologique et électroencéphalographiques contribueront à orienter le diagnostic qui peut être très difficile dans le cas des tumeurs frontales à symptomatologie uniquement psychique.

L'épilepsie infantile revêt chez l'enfant de multiples aspects étudiés par MICHAUX :

- La crise comitiale peut s'accompagner d'une confusion mentale transitoire et de signes dissociatifs ;

- Les hallucinations bien que rares s'observent à titre d'aura, les idées délirantes sont fugaces, il n'existe jamais de véritable délire épileptique systématisé.

- Dans les périodes intercritiques des modifications du caractère, du fond mental se rencontrent très proches de celles des psychoses schizophréniques mais la psychose chronique au cours de l'épilepsie et l'évolution démentielle sont exceptionnelles chez l'enfant.

Les signes qui permettent de rattacher à l'épilepsie infantile des symptômes d'allure schizophrénique sont :

- le caractère paroxystique des troubles,
- l'obnubilation fréquente et les modifications de la conscience,
- l'absence de désagrégation profonde, de régression massive intellectuelle et affective,
- les signes neurologiques et l'EEG.

Une fois éliminée une affection aiguë de l'encéphale, il faut penser à différencier les états démentiels et les états d'arriération.

2.- PSYCHOSES ET DEMENCES :

La séparation du groupe des psychoses d'avec les démences infantiles ne peut s'effectuer que si l'on a préalablement défini la démence chez l'enfant. On peut proposer la définition classique d'un affaiblissement global, irréversible des facultés intellectuelles mais pour parler de déficit massif, il faut que l'encéphale ait acquis un degré de maturation suffisant, en pratique on ne peut parler de démence avant 3 ans et sous condition d'un développement antérieur normal (LEBOVICI).

- Un processus organique venant frapper un cerveau en voie d'organisation laisse persister d'autant moins d'acquisitions qu'il survient plus précocement, le déficit sera d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune (loi d'âge et de massivité de DE CLERAMBAULT).

On peut distinguer dans le cadre des démences infantiles:

- Les démences secondaires aux méningo-encéphalites,
- les démences au cours de leuco-encéphalites,
- les démences des hérédodégénérescences,

qui ont en commun d'être des affaiblissements globaux des fonctions mentales, des démences organiques accompagnées de signes neurologiques,

- les démences cryptogénétiques qui ne représentent pas actuellement une entité précise mais plutôt un groupe de syndromes d'étiologie inconnue, variables dans leur évolution, dont les auteurs modernes ont proposé le démembrement au profit des démences post-encéphalitiques et des psychoses schizophréniques.

1/ Les démences secondaires aux méningo-encéphalites :

a) La paralysie générale infantile, méningo-encéphalite syphilitique diffuse subaiguë.

C'est un affaiblissement précoce, progressif de l'intelligence avec troubles massifs de la mémoire, de l'attention, du jugement qui touche l'enfant qui a présenté une syphilis congénitale. Le diagnostic évoqué devant un tableau où s'associent régression intellectuelle, troubles neurologiques, est confirmé par l'examen oculaire (présence d'un ARGYLL) et surtout par les modifications biologiques du LCR : réactions spécifiques positives, floculation du benjoin colloïdal, Nelson +.

b) Les démences consécutives aux méningites aiguës purulentes sont moins rares depuis l'ère des antibiotiques

qui a permis la guérison de formes autrefois mortelles, aujourd'hui grevées de séquelles psychiques parmi lesquelles de véritables arrêts de développement mental. Le diagnostic de la régression est aisé quand l'enfant n'avait présenté aucun retard avant l'épisode méningé, mais la constatation d'un niveau mental au-dessous de la normale dans les antécédents fait soulever l'hypothèse d'un terrain fragilisé sur lequel se greffe un processus évolutif.

c) Les démences post-encéphalitiques : relativement rares au cours des encéphalites primitives, où il s'agit plus d'un ralentissement du développement que d'une régression intellectuelle ; les séquelles de l'encéphalite épidémique ont montré la fréquence de troubles du comportement joints au ralentissement idéique, à la radyphrénie. Le diagnostic des perversions post-encéphalitiques est impossible d'avec les formes héboïdophréniques des psychoses infantiles si le processus organique est passé inaperçu et si la détérioration n'est pas évidente.

Au décours des encéphalites infectieuses de la rougeole, de la coqueluche, de la typhoïde, on peut observer une déchéance massive ; l'encéphalite vaccinale serait à l'origine de démences infantiles qui ne posent guère de problèmes diagnostiques vu l'importance des signes déficitaires ; plus intéressants sont les problèmes du diagnostic des leuco-encéphalites.

a) La leuco-encéphalite sclérosante subaiguë de VAN BOGAERT (L.E.S.S.) : affection survenant chez des sujets indemnes de tout passé pathologique entre 3 et 13 ans, se présente comme une démence progressive évoluant en trois phases :

- Cassure brutale du développement ; baisse de l'attention, de la mémoire, perte des initiatives, désintérêt, isolement, troubles du caractère qui se modifie, tous signes qui marquent le début des psychoses, si on y ajoute les troubles du sommeil, et la désagrégation de la personnalité ; on comprend la difficulté du diagnostic à cette période. En faveur de la L.E.S.S. KREYVELEN insista sur la fréquence d'un trouble de la reconnaissance du temps écoulé, l'enfant a perdu la notion des dates.

La deuxième phase est marquée par une désintégration du langage qui s'appauvrit jusqu'à la suppression totale de la parole ; l'apparition de troubles gnosiques et praxiques associés à la régression intellectuelle témoignent de la dissolution globale des fonctions, cependant dans les cas où l'évolution est plus lente d'une dissociation.

Enfin, l'atteinte neurologique est évidente devant des troubles moteurs (hypertonie, hyperkinésies).

L'EEG apporte des renseignements capitaux sous la forme d'un tracé désorganisé où alternent des ondes amples de basse fréquence et des décharges rapides se succédant par salves à intervalles réguliers.

Le pronostic est fatal à brève échéance.

L'encéphalite périaxile diffuse, sclérose centrale centrolobaire de SHILDER-FOIX est aussi difficile à diagnostiquer précocement, son début insidieux marqué d'une baisse de l'activité psychique, une apathie, une perte du jeu, des troubles du caractère peut faire penser à une schizophrénie d'autant plus que nous avons observé des rires immotivés, des stéréotypies, une dissociation intellectuelle et affective chez un enfant qui n'a présenté que plusieurs mois après des convulsions, des contractures, L'importance des troubles psychiques, neurologiques et oculaires, à la période d'état permet d'évoquer un diagnostic qui en pratique ne peut être affirmé que sur l'évolution et la constatation anatomopathologique de lésions diffuses intéressant la substance blanche et les régions sous-corticales.

Parmi les autres affections chroniques du système nerveux, citons la maladie de Wilson qui peut se révéler sous la forme d'un tableau catatonique.

3.- PSYCHOSES ET ARRIERATIONS :

Pour les classiques, le problème diagnostique était simple ; les cas cliniques rentraient dans le vaste cadre des arriérations congénitales ou acquises où se trouvaient réunis des enfants à développement anormal, des enfants ayant présenté un processus atteignant précocement le système nerveux, des enfants dont la croissance était normale, devenus secondairement anormaux.

Avec l'isolement des démences, on restreint le groupe des arriérations aux cas d'anomalies survenus avant 3 ans ayant entraîné un déficit plus ou moins important. La démence ne peut être soupçonnée que devant un arrêt d'un développement considéré comme normal avant l'examen.

Plus tard, les psychologues, se basant sur la notion discutable de quotient intellectuel vont distinguer la débilité, état d'insuffisance intellectuelle et les retards d'évolution marqués par un ralentissement de la courbe de développement. Il y a de nos jours une fâcheuse confusion entre ces deux expressions qui tient à ce que sont confondus sans cesse le plan du niveau d'organisation et le plan du développement dans le temps. Retard ne signifie pas état fixé mais seulement

acquisition plus tardive, il se présente chaque jour devant nous des retards du langage, des retards affectifs, voire intellectuels qui n'évolueront jamais vers un déficit et qui ne sont nullement comparables à ces déficiences intellectuelles que sont certaines arriérations qui sont un état, une infirmité.

Le problème se complique si l'on veut bien considérer que les débilités homogènes sont fort rares. Ces débiles génétiques du type débiles dégénérés de MAGNAN représentent un pourcentage peu important des débiles examinés. La plupart des débiles observés se présentent comme hétérogènes, c'est-à-dire qu'à une insuffisance structurale, s'ajoutent des troubles affectifs liés à une intégration défectueuse, des troubles moteurs qui retentissent sur l'organisation ultérieure.

Le remaniement du fond fait que certaines fonctions se développent quasi normalement alors que d'autres ne font qu'être ébauchées, ce qui explique l'hétérogénéité des profils psychologiques en dents de scie, la dispersion des résultats aux diverses épreuves et l'apparente contradiction des tests successifs.

On voit l'ambiguïté de la notion de débilité qui recouvre bien des cas différents et des études restent à faire pour dégager les composantes des insuffisances intellectuelles. VERMEYLEN a montré la voie en publiant d'intéressantes études en 1929 : opposant les débiles simples (les sots, les niais) aux débiles complexes dysharmonieux, attirant l'attention sur l'évolutivité de certains cas qui régressent et peuvent présenter des aspects schizophréniques (débiles dissociés).

Le problème du diagnostic de la schizophrénie infantile et des arriérations apparaît comme un faux problème puisqu'il ne peut s'agir du même plan : la psychose n'étant pas un état ne peut être assimilée à l'arriération. Le critère de l'intégrité du développement psychomoteur des enfants schizophrènes est sujet à caution puisque nous trouvons des développements perturbés précocement dans nombre d'observations.

Le problème des relations entre la forme de la psychose et le fond d'organisation sur lequel elle survient pose des questions difficiles :

- impossibilité de déterminer la date d'apparition des signes de façon précise, surtout en l'absence d'un DPM normal,
- impossibilité d'évaluer le devenir d'un retard; l'infléchissement de la courbe de développement est-il passager ou s'accentuera-t-il ?
- si la régression est précoce, il persiste peu d'acquisitions antérieures,

- enfin la réorganisation secondaire à l'atteinte psychique dépend pour une grande part des relations possibles avec le milieu environnant : Un enfant qui a présenté une infirmité motrice, une épilepsie, une déficience intellectuelle ou sensorielle, peut avoir un comportement schizophrénique si le contact avec l'entourage ne lui permet pas de s'adapter à un mode d'existence déficitaire (nombre d'arriérés présentent des stéréotypies, des signes catatoniques, des phénomènes d'auto-mutilation analogues à ceux rencontrés, chez les schizophrènes).

La "débilité évolutive" :

L'observation prolongée d'arriérés montre que certains de ces sujets peuvent verser dans la démence, après avoir présenté des épisodes psychotiques, confusionnels ou des bouffées délirantes polymorphes. Chez l'enfant, TARGOWLA et LAMACHE, ont isolé une forme régressive d'insuffisance intellectuelle qu'ils ont appelée : débilité mentale évolutive, il ne s'agit pas d'une schizophrénie greffée sur un fond d'arriération mais d'états morbides groupés dans le vaste ensemble de la dégénérescence qui aboutissent à un tableau voisin de celui de la démence précoce de type MOREL : régression intellectuelle avec troubles graves du comportement, stupeur catatonique ou excitation puis effondrement au moment de la puberté.

Cette notion de débilité évolutive nous paraît critiqueable de deux points de vue :

- à moins de ne définir la débilité comme un niveau statique il faut admettre que tous les débiles évoluent au cours de leur développement et que les troubles du caractère si fréquemment rencontrés tiennent pour une bonne part à leur mode de relation avec un milieu perturbé ;

- pour parler de régression intellectuelle, il faudrait comparer des niveaux et faire la preuve d'un abaissement réel de la courbe de développement au-dessous des limites régulières, tenant compte d'une inflexion physiologique de la courbe des arriérés.

- La chute du niveau peut enfin être liée à des conditions affectives (blocage au moment de l'épreuve, changement de milieu, etc...) et ne pas se trouver confirmée ultérieurement.

Il reste en pratique courante des cas d'aggravation authentique du déficit, tel enfant ayant présenté un retard psychomoteur du premier âge, mais ayant pu acquérir un début de scolarité se met à régresser, à perdre ses acquisitions les plus récentes, à restreindre ses contacts affectifs et à

sombrer dans un état déficitaire. Ces états ne peuvent pas être assimilés à la schizophrénie mais posent des problèmes de diagnostic étiologique qui rejoignent ceux des psychoses.

En fait, la principale difficulté est la différenciation des états dissociatifs des autres troubles psychiques rencontrés chez les enfants : troubles simples du caractère, déséquilibres et névroses.

Le seul moyen d'étudier les aspects du diagnostic est d'envisager les problèmes posés aux différents âges :

A/ Au début de la deuxième enfance : 3-4 ans - les troubles du développement psychomoteur font discuter :

1° Un état déficitaire : arriération simple génétique ou arriération complexe où s'intriquent des signes neurologiques, des troubles du caractère, une insuffisance intellectuelle.

La notion d'un antécédent encéphalopathique ou traumatique ne suffit pas à éliminer la possibilité d'une évolution psychotique tardive.

2° Un simple retard d'acquisition du langage, de la propreté lié à une cause affective (mauvaises conditions de vie, carence éducative),

3° Une carence de soins maternels liée à l'hospitalisme et à la séparation prolongée.

SPITZ et J. AUBRY ont décrit le tableau de ces enfants prostrés, figés, isolés du monde qui ont des attitudes stéréotypées (balancement incessant du tronc, conservation des attitudes imposées).

Un tel tableau est proche de celui du début de la psychose dissociative mais il faut se garder de confondre un état passager et une évolution chronique. Les frustrations massives peuvent -elles à elles seules déterminer une régression affective, intellectuelle et motrice aussi importante ? Les séquelles de l'hospitalisme sont-elles irréversibles ? Les résultats de l'enquête effectuée par Mme AUBRY montrent l'importance du temps. Privés d'affection, les nourrissons séparés entre 6 mois et 18 mois conservent, si la séparation dure plus d'un an, des séquelles définitives. Leur langage sera troublé, leur comportement modifié, leur retard psychomoteur constant mais heureusement le passage à la psychose est exceptionnel.

Tous les enfants ne réagissent pas aux carences de la même façon; certains surmontent les difficultés et comblent leur retard, rien ne permet d'affirmer que leur évolution psychique sera dysharmonieuse.

4° Les troubles du langage :

A cette période de 3 ans :

L'absence de l'installation du langage verbal peut faire penser à un déficit sensoriel.

Une surdité verbale centrale du type de l'alalie congénitale est rare. Une audinité est plus fréquente, elle sera diagnostiquée grâce aux examens complémentaires (audiogrammes et réflexes conditionnels).

Si le langage apparaît, on se trouve devant un mutisme, il faut penser au mutisme psychogène au cours d'une crise d'opposition. DUBLINEAU a décrit la crise d'affirmation des 3 ans au cours de laquelle des troubles caractériels peuvent s'associer à des désorganisations passagères du développement (anorexie, énurésie, troubles du sommeil).

Les régressions passagères sont trop fréquentes pour que nous n'insistions sur la valeur de l'observation qui permet de reconnaître le symptôme réactionnel et le tableau plus inquiétant d'une dysharmonie d'évolution marquée par la persistance d'un décalage entre le retard moteur, affectif et la précocité du développement instinctif et intellectuel.

A cet âge, la psychose est caractérisée par une perturbation évolutive souvent massive, l'aspect de fracture profonde de la personnalité est d'autant plus aisément mis en évidence que le début est brutal.

B/ A l'âge préscolaire (5-7 ans) le diagnostic d'un état psychotique est rendu malaisé parce que la symptomatologie prend l'aspect de troubles psychosomatiques et de manifestations caractérielles qui n'ont guère de spécificité.

- Les troubles du sommeil sont constants, les cauchemars, les terreurs nocturnes si fréquents dans le jeune âge prennent ici leur importance en traduisant la persistance d'une anxiété infantile non surmontée.

- Les troubles de l'appétit peuvent faire penser à une anorexie banale mais derrière un refus d'aliments tenace, des vomissements non expliqués par une cause somatique, il

faut penser à une perturbation de la sphère instinctive, c'est ici que l'énurésie et l'encoprésie tiennent une place importante.

- Les troubles du langage et en particulier l'apparition d'un mutisme sont des signes d'alarme, d'autant plus inquiétants qu'ils s'accompagnent d'une perte de contact, d'un désintérêt pour les jeux et des activités de cette période de la vie.

- Les troubles du caractère évoluent pendant longtemps à bas bruit.

L'excitation psychomotrice dépasse la simple instabilité banale et revêt une allure pseudomaniaque. Elle ne sera pas confondue avec l'hypomanie d'enfants turbulents, logorrhéiques car elle s'accompagne d'une anxiété vive et est faite d'une succession de phases où l'enfant ne peut plus contrôler ses pulsions. Aux moments d'agitation avec colères et impulsions succède une période d'abattement avec prostration.

La catatonie décrite dans l'observation de Martine se rencontre à un moindre degré dans certains états psychotiques de cet âge (6 ans).

Nous avons insisté sur les troubles affectifs profonds dont l'autisme est le type : le retrait avec repli sur soi-même, la perte des communications avec l'entourage évoquent un état schizophrénique.

Une autre série de phénomènes rencontrés à cet âge est l'envahissement de la pensée par des productions imaginaires. Le propre de ces enfants est de projeter leurs rêveries dans la réalité mais contrairement à l'enfant normal qui sort de son jeu pour rentrer au contact du monde réel, l'enfant anormal reste plongé dans un état de rêve permanent peuplé de représentations qui n'ont plus de rapport avec la situation présente mais évoquent des craintes passées. Des peurs multiples surgissent : peur d'être mangé, d'être morcelé, de perdre son intégrité corporelle allant jusqu'à la crainte panique de la mort.

Toutes les manifestations d'anxiété infantile attirent l'attention. Certes, des états transitoires liés à un choc émotif ou à une situation affective pathogène peuvent s'accompagner d'angoisse mais le propre des états morbides est la persistance d'une anxiété qui n'est pas dépassée malgré le développement intellectuel et moteur.

A cet âge, les organisations névrotiques et psychotiques ne sont qu'ébauchées. La dissociation franche est rare et beaucoup d'auteurs dans l'impossibilité de fixer l'évolution de ces structures morbides se contentent du diagnostic d'état

prépsychotique ou prénévrotique (LEBOVICI).

C'est l'observation au cours de l'établissement d'une relation interpersonnelle enfant-médecin qui permettra seule de faire le diagnostic des formes frustes, des manifestations latentes.

C/ A l'âge scolaire : 7-13 ans

Les aspects cliniques plus différenciés permettent la description de formes symptomatiques ; nous insisterons sur le diagnostic de trois formes principales caractérielle, névrotique et intellectuelle.

1° La forme caractérielle pseudo-perversive :

- Les troubles du comportement dominant la scène. L'excitation, les colères, les désordres de la conduite (vols, fugues) se situent dans un contexte d'opposition familiale et scolaire.

Ce qui frappe, ce sont des conduites pathogènes:

- des tendances agressives non seulement à l'égard d'autrui mais aussi contre l'enfant lui-même chez qui s'observent des phénomènes d'automutilation.

- des déviations instinctuelles (onanisme, coprophagie et encoprésie).

Les manifestations de la série perverse sont innombrables, l'important en pratique est de soupçonner derrière ces comportements l'ébauche d'une dissociation:

- Intellectuelle : un effondrement scolaire non expliqué par les seuls troubles caractériels.

- Affective : une rupture du contact, une désorganisation du langage, une infiltration de la personnalité par des phénomènes parasites, toute discordance dans la sphère des instincts, du comportement devant faire rechercher les autres signes psychotiques.

2° Les formes d'allure névrotique, phobique et obsessionnelle :

Elles surviennent chez des enfants émotifs, anxieux, inhibés dont l'histoire a souvent été marquée par des troubles du développement, une anxiété infantile qui se prolonge, des troubles de l'appétit, du sommeil.

L'apparition vers 8-9 ans de mécanismes obsessionnels ou phobiques pose le problème du diagnostic du début d'une névrose

ou d'une psychose.

Un certain nombre d'éléments orientent vers l'hypothèse d'une schizophrénie débutante.

- La date d'apparition : les formations pathologiques : tics, obsessions, rituels, phobies, ont une signification fâcheuse quand ils surviennent avant 10 ans car les névroses infantiles ne se structurent guère avant cette époque.

- Le caractère particulier des obsessions dans la psychose.

Elles évoluent sur un fond permanent de crainte, d'insécurité, s'imposant au sujet non plus seulement de façon étrangère mais parasites, envahissant sa pensée, modifiant son contact.

Alors que dans la névrose, les mécanismes de défense permettent à l'enfant de réagir, de s'adapter voire même de compenser dans une adaptation scolaire réussie, ses difficultés, dans la psychose on assiste à un effondrement des résultats.

Non seulement l'adaptation familiale et scolaire sont précaires mais la modification de la structure est telle que tout contrôle devient impossible ; l'enfant est soumis à un système d'obsessions-impulsions qui dirigent ses actes.

Les émergences instinctives prépubertaires remanient le tableau, des préoccupations sexuelles se manifestent et l'enfant sombre dans un état de discordance.

3° Les formes intellectuelles :

La forme déficitaire de la schizophrénie infantile est marquée par une baisse du rendement scolaire et de l'activité. A une difficulté de l'attention, un défaut de concentration succède une chute plus ou moins progressive de l'activité intellectuelle vécue dans un climat de malaise. La question est d'éliminer un simple surmenage, un refus scolaire et de penser à la possibilité d'une fracture psychotique.

Les modifications de l'humeur, l'aspect fréquemment dépressif de ces formes où l'enfant est triste, apathique, inquiet, orienteront vers la recherche d'un déficit plus complet affectif et pragmatique, signant l'ébauche de la dissociation.

Très différent est le problème posé par les troubles psychiques survenant chez des enfants débiles mentaux dont le

développement a toujours été retardé.

HEUYER et LAROCHE ont insisté sur certains traits particuliers de l'évolution de ces enfants :

Leur niveau mental est compris entre 0,65 et 0,80 ; en aucun cas n'existe une débilité massive.

Cette débilité est atypique, l'intelligence verbale est nettement supérieure à l'intelligence pratique.

C'est une débilité organique, (une encéphalopathie peut être retrouvée dans les antécédents de la quasi-totalité des sujets) traduite cliniquement par des signes discrets d'atteinte neurologique, surtout marqués par une débilité motrice et de légères anomalies électroencéphalographiques .

Si nous plaçons cette forme dans le cadre des formes de l'âge scolaire, c'est que la dissociation schizophrénique apparaît tard entre 8 et 12 ans. La période psychotique succède à une longue série de troubles affectifs où nous retrouvons l'existence de troubles caractériels et de conduites obsessionnelles.

Les deux aspects les plus fréquents sont proches de ceux décrits chez les enfants de cet âge.

La forme autistique où domine l'inhibition semble un peu plus répandue que

la forme imaginative à type de délire de rêverie, délire pauvre, non systématisé.

En résumé de cette étude diagnostique, nous pouvons dire que le diagnostic positif ne peut être qu'un diagnostic structural. C'est aussi l'avis de KAMP qui estime qu'aucun critère clinique ne peut être isolé puisque la psychose chez l'enfant se définit comme une fracture du développement, une cassure de la maturation.

Nous allons maintenant pour terminer notre étude aborder les problèmes de la structure psychopathologique des psychoses.

CHAPITRE 6

PSYCHOPATHOLOGIE

--

Il n'est guère de sujet qui, en psychiatrie n'ait suscité de controverses aussi passionnées que la question de la nature et de l'essence de la psychose. Thèses organicistes et psychogénétiques se sont affrontées pour découvrir la cause et la signification du "processus" schizophrénique. Les querelles doctrinales n'ont pas cessé mais la conception actuelle de la psychopathologie des psychoses infantiles s'appuie sur des arguments et des faits assez solides pour qu'il nous paraisse inutile de développer longuement les théories classiques (élaborées du reste à partir de l'étude des sujets adultes).

Nous serons assez brefs sur les thèses des auteurs qui voient dans la schizophrénie infantile la résultante d'un processus inflammatoire exogène venant frapper l'encéphale et provoquer une désagrégation car les études anatomopathologiques n'ont pas abouti actuellement à démontrer l'existence de lésions grossières du système nerveux ; les psychoses symptomatiques d'infection, d'intoxication ou au cours de l'épilepsie ne revêtent pas l'allure schizophrénique, n'entraînent pas cette "dislocation" de la personnalité dont maints auteurs ont fait le symptôme central de la schizophrénie sans pour autant en découvrir l'origine.

L'extrême variation des tableaux rencontrés chez l'enfant s'expliquerait-elle par la notion d'un terrain particulier ?

Les hypothèses constitutionnalistes voyant dans une faiblesse de la constitution ou l'exagération morbide d'un caractère particulier la cause de l'affection sont insuffisantes pour expliquer la polymorphisme des aspects.

Si une prédisposition liée à des facteurs génétiques explique la faiblesse du terrain miné en quelque sorte dès le

début de la vie, comment comprendre l'évolution dynamique des troubles, les désorganisations successives et les réorganisations fonctionnelles ?

Sans nier l'importance du rôle de l'hérédité et d'une fragilité du terrain il faut ne pas méconnaître les facteurs organiques intervenant dans le développement du système psychique et les apports du milieu, particulièrement chez l'enfant.

Les variations d'un cas à l'autre et pour chaque cas en fonction du niveau d'organisation psychologique ne peuvent s'expliquer qu'en faisant intervenir un faisceau de facteurs intriqués, où les conditions génétiques, le rôle du milieu, les agressions physiques, les modifications organiques et psychologiques agissent de façon conjointe pour déterminer une transformation de la structure individuelle.

Il est assez frappant de remarquer qu'à travers les diverses écoles se dégage une idée commune : celle de la faiblesse de cette structure psychique, de la fragilité du "moi" de l'enfant psychotique qui est le point de rencontre des courants organicistes, psychanalytiques contemporains.

CORBOZ, ne s'éloignant pas des positions classiques de LUTZ considère que le processus schizophrénique provoque une désintégration de l'unité psychobiologique, une dissociation du moi.

L'apport original de LAURETTA BENDER a inspiré un grand nombre de travaux actuels.

Pour BENDER, le trouble primaire fondamental de la schizophrénie infantile est une impossibilité d'intégration des diverses fonctions neuro-biologiques. La dysharmonie constitutionnelle empêche la différenciation des perceptions venant du monde extérieur et de l'intérieur de l'organisme. Faute de percevoir et d'orienter son "moi" par rapport aux forces externes et internes, l'enfant ne parvient pas à organiser sa personnalité dont la maturation s'effectue de façon fragmentaire sans coordination entre les différents plans.

Cette désorganisation du "moi" rend impossible l'acquisition d'une homéostasie.

Toutes les réactions de l'enfant traduisent l'inadaptation, elles sont caractérisées par l'ambivalence des relations avec le monde qui s'effectuent sur le mode de la plasticité et de l'opposition.

Les thèses psychanalytiques :

Depuis les premiers travaux d'Anna FREUD et de MELANIE KLEIN, les études sur l'organisation des premiers stades du développement se sont enrichies de nombreux faits cliniques qui ont permis de mieux comprendre l'apparition des émergences pathologiques.

P. MALE a particulièrement insisté sur l'organisation inconsciente de la personnalité au cours de l'enfance.

Au cours du développement des instincts, des conflits apparaissent entre les diverses instances du moi, du ça , du surmoi. Les défenses individuelles s'organisent progressivement contre les dangers des pulsions et contre les menaces du monde extérieur.

Pour que la structuration du moi s'effectue, il est nécessaire que les premières perceptions, les premiers échanges relationnels s'intègrent, que les ressources libidinales s'investissent. Or les premiers apprentissages ne peuvent se réaliser que si les besoins instinctifs primaires sont satisfaits (faim, soif, sommeil, mouvement, besoin d'amour) ; le développement de ces instincts est lié à la maturation, un échec de la maturation instinctive retentit sur la construction ultérieure des mécanismes de défense.

Le trouble essentiel de la psychose est précisément l'inorganisation du "moi". Faute d'avoir intégré harmonieusement ses premières expériences, faute d'avoir établi une relation avec autrui et les objets, l'enfant schizophrène ne parvient pas à la connaissance du monde réel.

Comme le disent les analystes, il existe une véritable fissuration du "moi", le moi n'est plus capable d'assurer sa défense face aux agressions. Ce "moi" défaillant se laisse submerger par les émergences instinctives.

Une autre conséquence de la fissuration de la personnalité est l'envahissement de l'inconscient qui se manifeste par la projection des fantasmes délirants qui ne sont plus contrôlés, endigués par le conscient.

Si nous voulons ne pas méconnaître le rôle de la construction du moi, il faut aussi faire sa place au processus de personnalisation qui permet à l'enfant d'acquérir son identité.

Les Anglo-saxons ont spécialement insisté sur l'impossible différenciation chez l'enfant psychotique du moi et du non moi. En pathologie, cette non personnalisation se traduit par un syndrome particulier qui est commun aux diverses formes de psychoses: le syndrome de dépersonnalisation.

Ce syndrome de dépersonnalisation se traduit par un sentiment d'étrangeté de l'enfant à l'égard de lui-même et du monde extérieur. Troubles de la somatognosie et troubles du contact affectif s'intriquent finalement pour empêcher la construction d'un modèle dynamique du schéma corporel.

Ainsi, à travers des aspects symptomatiques dissemblables, les psychoses de l'enfant sont réunies par une structure commune,

Le comportement est modifié dans son aspect de relation, l'impossibilité de choisir et d'orienter son choix amène l'enfant à fuir toute nouvelle relation avec le monde.

La relation avec autrui ne peut se nouer que sous une forme archaïque, sur le mode de l'agressivité primitive orale, l'ambivalence même du contact affectif tenant à une incapacité de différencier le réel et l'imaginaire.

Le monde est ressenti comme inquiétant, l'anxiété émergeant à travers toutes les tentatives de fuite d'un monde hostile.

Si la désorganisation n'entraîne pas une disparition totale du comportement de relation et une perte des instruments de communication (langage, jeu), l'enfant psychotique tentera de sortir de son autisme en rétablissant un contact sur un mode archaïque symbolique par des gestes, des attitudes qui ne sont pas ajustées aux modifications de la situation. La discordance dans les sphères intellectuelles, affectives, motrices en est la conséquence.

En conclusion,

La psychose n'apparaît pas inscrite d'emblée dans une constitution ni représentée par une poussée processuelle. Elle n'est pas la forme terminale de la maladie mais se situe dans la dynamique de la destruction et de la tentative de construction du monde vécu par le schizophrène, elle est dans la relation perturbée avec autrui et le monde des objets, dans la métamorphose de la personne.

La psychose n'est pas réductible à des crises passagères, à des signes déficitaires, à un symptôme spécifique mais représente tout à la fois :

- Un mode de désorganisation touchant une personnalité globalement dans sa vie instinctivo-affective, intellectuelle, motrice, mais irrégulièrement.

- Une tentative de réorganisation qui modifie profondément la vie de relation de l'enfant et ses comportements marqués par :

- le retour à des formes archaïques de pensée,
- l'irréversibilité de certaines conduites,
- l'indifférenciation,

qui font de la vie de l'enfant psychotique une vie autistique, dépersonnalisée, aliénée à la réalité.

CONCLUSIONS

-:-

L'existence de troubles psychiques évolutifs survenant dans l'enfance soulève des problèmes de diagnostic qui ne peuvent être résolus qu'en tenant compte du dynamisme des mécanismes nerveux et de l'évolution de l'appareil psychique au cours du développement de l'organisme :

Nous avons envisagé l'étude des diverses étapes qui conduisent au diagnostic nosographique, clinique et psychopathologique des psychoses infantiles à forme schizophrénique et recherché les critères d'un diagnostic précoce.

L'historique de la question des psychoses dissociatives survenant chez l'enfant permet de dégager les voies d'abord méthodologiques :

- A partir de la description clinique des états morbides (schizophrénie et démences précocissimes),
- A partir de l'étude du développement psycho-moteur et des modes d'éclosion de la maladie,
- A partir des recherches psychopathologiques concernant la structure de la personnalité.

La première étape est la délimitation du cadre des psychoses infantiles, notre champ d'études englobe les états morbides caractérisés par une désorganisation non primitivement démentielle de la personnalité survenant chez l'enfant avant la puberté, marquée par une perte de contact avec la réalité et accompagnée de phénomènes spécifiques de régression et de dissociation.

Ce groupe doit être distingué :

- des arriérations congénitales ou acquises avant la 3ème année,
- des démences infantiles, régressions massives, globales,

- des syndromes neurologiques évolutifs au cours des encéphalopathies, des tumeurs, des maladies dégénératives du système nerveux,
- des psychoses aiguës transitoires au cours des toxoinfections, de l'épilepsie.

En fait, le principal problème diagnostique est la différenciation des psychoses des troubles affectifs de l'enfance :

- troubles caractériels réactionnels,
- déséquilibre psychique et perversions,
- névroses.

De l'étude du matériel clinique, se dégage un ensemble de symptômes communs permettant de poser le diagnostic d'une évolution psychotique sur l'association de :

I - Troubles des conduites instinctives :

- Sommeil,
- Appétit,
- Propreté

2 - Troubles affectifs :

a) Anxiété constante exprimée à travers les comportements qui varient d'une attitude d'isolement à une instabilité désordonnée.

b) Modification du contact manifestée par :
- troubles du langage.

c) Désorganisation du jeu et du dessin aboutissant à une perte de la relation avec autrui et le monde des objets.

3 - Troubles intellectuels :

Régression intellectuelle avec perte des acquisitions les plus récentes, troubles du jugement, du cours de la pensée.

4 - Troubles moteurs :

- Désorganisation du schéma corporel ;
- trouble de la structuration temporo-spatiale ;
- modification des attitudes et du tonus.

Ces troubles s'inscrivent dans l'histoire du développement sous forme :

- soit d'une cassure brutale d'un développement psychomoteur jusque là normal, véritable rupture du présent avec le passé.
- soit d'un retard de la maturation, retard psychomoteur non homogène, dysharmonieux, aboutissant à une désorganisation par secteurs, les fonctions mentales étant inégalement atteintes dans leur développement.

L'analyse des symptômes en fonction de l'âge permet de décrire des formes cliniques qui se groupent aux grandes étapes évolutives du développement psycho-affectif.

1 - La forme précocissime du début de la deuxième enfance posant des problèmes de diagnostic différentiel avec :

- les régressions démentielles organiques,
- les régressions affectives liées à une carence prolongée de soins maternels.

2 - La forme préscolaire de l'enfant de 6/7 ans (schizophrénie simple) marquée par une dissociation intellectuelle et affective sans délire et un mode d'existence particulier :
l'AUTISME.

3 - Les formes de l'âge scolaire :

a) La forme caractérielle

L'inhibition et l'anxiété posent la question de troubles du comportement réactionnels ou d'un état névrotique.

Les conduites antisociales font discuter la possibilité d'une schizophrénie débutante.

b) La forme obsessionnelle de la psychose soulève le problème du passage de la névrose infantile à l'état prépsychotique.

c) La forme délirante est une forme prépubertaire sans délire organisé ni hallucination revêtant le type de rêverie morbide peuplée de fantasmes imaginatifs.

d) Les schizophrénies infantiles évoluant sur fond de débilité sont en fait des psychoses organiques secon-

daires à une encéphalopathie non massive ayant entraîné un retard de développement et des troubles affectifs évolutifs.

Aucun critère clinique spécifique n'apparaît qui permette de poser avec certitude un diagnostic.

Les examens paracliniques (électro-encéphalogramme, encéphalographie gazeuse) n'apportent pas la clef du diagnostic mais fournissent des arguments en faveur de l'étiologie et du pronostic.

Le diagnostic étiologique suppose une approche par des voies multiples, un faisceau de facteurs intriqués réagit sur l'éclosion et le développement de la psychose.

Aux facteurs héréditaires s'ajoutent des conditions favorisant un mauvais développement (traumatismes, carences biologiques et affectives). Les facteurs déclenchants organiques et psychologiques venant précipiter l'évolution vers la psychose spécialement aux moments critiques d'organisation de la personnalité (3 ans - 7 ans - 12 ans).

Une étude structurale est indispensable pour apprécier le fond psychique et la signification des symptômes par rapport à l'histoire de l'enfant.

Le commun dénominateur des psychoses d'évolution ne peut s'exprimer qu'en terme de psychopathologie, c'est une maturation dysharmonique aboutissant à une dépersonnalisation autistique.

Dans une perspective génétique, la psychose chez l'enfant représente une désorganisation du développement moteur, intellectuel et affectif,

- précédée le plus souvent d'une phase prépsychotique,
- aboutissant à une régression d'autant plus marquée :

que l'enfant est plus jeune,
que le potentiel est plus important,
que les conditions psychologiques et biologiques empêchent une réorganisation des échanges avec le milieu.

Cette régression apparaît double :

1 - Par rapport au temps :

Retour à des comportements primitifs et à un mode de

pensée archaïque, irréel.

2 - Par rapport à l'espace :

Réduction des contacts avec le monde environnant et tentative de réorganisation autistique.

Faute de pouvoir intégrer le passé au présent l'enfant ne parvient pas au stade de la personnalisation et reste dans un état d'indifférenciation, aliéné à la réalité.

A un moment où la prophylaxie mentale s'oriente vers un dépistage précoce des anomalies psychiques, il convient d'attirer l'attention sur l'importance de la surveillance du développement affectif de l'enfant et d'insister sur la nécessité de mettre en oeuvre les thérapeutiques psychologiques et biologiques, devant une dysharmonie du développement avant le passage à une psychose confirmée.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. MICHAUX

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

-:-

- BLEULER (E.)
Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien
1911.
- DELLAERT (R.) et CARP (E.)
Nouvelles orientations de la psychiatrie infantile.
Vitte, 190 p. 1956
- EY (H.)
Etudes psychiatriques.
Desclée de Brower 3 t.
- EY (H.)
Encyclopédie médico-chirur. Psych. Tome I 1956
- FREUD (A.)
Traitement psychanalytique des enfants.
P.U.F. 1951
- GESELL (A.)
Ontogenèse du comportement
in psychol. de l'enfant, Carmichaël, P.U.F.
- HARTMANN (H.), KRIS (E.)
Comment on the formation of psychic structure,
Psycho-analytic study of the child 1946 2 II-38
- HECAEN (H.) et AJURIAGUERRA (J. de)
Méconnaissances et hallucinations corporelles.
Paris, Masson 1952
- HEUYER (G.)
Introduction à la psychiatrie infantile
P.U.F. 1952

HOMBURGER

Psychopathologie des Kindesalter
Berlin 1926

KANNER (L.)

Child psychiatry
Springfield 1955 706-729

KOUPERNICK (C.)

Développement psychomoteur du premier âge
P.U.F.

KLEIN (M.)

Psychoanalysis of children
Londres 1957

KRAEPELIN (E.)

Psychiatrie, 8ème édition, Leipzig 1913

LEWIN (K.)

Maturation et comportement in Carmichaël,
Psychol. de l'enfant

MAGNAN (V.)

Leçons cliniques - Paris 1897

MICHAUX (L.) et DUCHE (J.J.)

L'enfant inadapté
Paris, G. Doin 1958

MINKOWSKI (E.)

La schizophrénie
Desclée de Brower 2ème édition 1953

MOREAU DE TOURS (P.)

La folie chez l'enfant
Baillière 1888

MOREL (M.)

Traité des maladies mentales - 1860

NACHT (S.) et LEOVICI (S.)

Indications et contre-indications du traitement
psychanalytique chez l'enfant
Rev. franç. de psychanal. 1955

PIAGET (J.)

Relation entre le développement de l'affectivité et
de l'intelligence chez l'enfant
Cours de Sorbonne, Paris 1953

PICHON (E.)

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent
Paris, Masson, 2ème édition 1947

TRAMER (M.)

Psychiatrie infantile générale
1949 P.U.F.

VERMEYLEN (G.)

Psychiatrie infantile et psychiatrie générale
Journal Belge de neurol. et psych. 1930

WALLON (H.)

Les origines du caractère chez l'enfant
Boivin Paris 1934

BIBLIOGRAPHIE
DES TRAVAUX CONCERNANT LES PSYCHOSES INFANTILES

-:-

- 1 - AJURIAGUERRA (J. de)
Vue d'ensemble sur les troubles de la motricité,
du langage et du caractère à dysfonctionnement con-
joint
Sauf.enf.1949 32 1-36
- 2 - AJURIAGUERRA (J. de), DIATKINE (R.) et GARCIA BADARACO
Psychanalyse et neurobiologie
La psychanalyse d'aujourd'hui, P.U.F. 1957
- 3 - ANGUS (L.R.)
Schizophrénie et états schizoïdes chez les enfants
d'écoles de perfectionnement
Am.Journ.Ment.Def. 1948 53 227-238
- 4 - ASPERGER (H.)
Bild und soziale weitigkeit der autistischen psy-
chopathen
Amsterdam 1957
- 5 - AUBIN (H.), MESTAS (C.) et CLAVEIROLLE (G.)
Les schizophrénies infantiles
Rev.neur.Psych.Inf. 1956 II-12 373-389
- 6 - BARKWIN (H.)
Débilité mentale et pseudo-débilité mentale
Am.Jnal Ment.Def. 1950 8
- 7 - BARKWIN (H.)
Le développement précoce d'enfants atteints de
schizophrénie
Jnal of Ped. 1953 43 217-219
- 8 - BAUER (J.) et GUREWITZ (S.)
Group therapy with parents of schiz. children
Jnal of Psychoth. 1952
- 9 - BEAUJARD (M.)
La schizophrénie infantile : exposé de quelques
travaux américains contemporains
Ann.Med.Psy. 1958 5 783

- 10 - BELEY (A.), BLONDEL (F.)
Nouveau cas de schizophrénie infantile
Ann.Med.Psy. 1957 2 930-939
- 11 - BELEY (A.), BOBIN (P.) et LEYRIE (J.)
Le problème des schizophrénies infantiles
Ann.Med.Psy. 1956 I 247
- 12 - BELEY (A.), et BENHAMOU (F.)
Problèmes posés par la schizophrénie infantile
Ann.Med.Psy. 1957 I 109-115
- 13 - BELEY (A.)
La schizophrénie infantile
Ann.Med.Psy. 1958 5, 899-906
- 14 - BENDER (L.)
Childhood schizophrenia
Am.Jnal orthopsych. 1947 17 40-56
- 15 - BENDER (L.)
Childhood schizophrenia
Psych.Quart. 1953 27 663-68
- 16 - BENDER (L.)
A dynamic psychopathology of childhood
Springfield 1954
- 17 - BENDER (L.)
La schizophrénie infantile : dépistage, description
et traitement
Symposium 1955
- 18 - BENDER (L.)
Psychopathology of children with organic brain
discorde
Springfield 1956
- 18 - BEUCHLER (M.)
Les démences infantiles
Rev.neur.psych.inf. 1955
- 19 - BERGMANN (M.)
Schizophrenic reaction during childhood in mental
defectives
Psych.Quarterly 1951 25 294-333
- 20 - BINSWANGER (L.)
Zur Frage der häufigkeit der schizophrenie in
kindesalter
Ztschr. für Kinder 1945 33-50

- 21 - BOLEA (G.)
Schizophrénie et démence précoce
Mémoire d'assistant étranger Paris 1953
- 22 - BRADLEY (C.)
Schizophrenia in childhood
New-York Mac Millan 1941

Early schizophrenia
Jnal of Ped 1947
- 23 - BRADLEY (C.) et BOWEN (M.)
Behaviour characteristics of schizophrenic children
Am.Jnal Orthopsych. 1941
- 24 - BRENNER (W.)
Le diagnostic des processus schizophréniques
chez l'enfant.
Mschr.Kinder. 1950 98 202-204
- 25 - BRILL (A.)
Psychotic children
Am.Jnal Psych. 1925 5 357
- 26 - BRISSOT (M.)
Les difficultés du pronostic en psychiatrie infantile, la fausse démence précoce : le syndrome de pacificité
Rev.Neur.Psych. Inf. 1957 5 263-270
- 27 - BURGER PRINZ (H.)
Contribution à la question de la D.P. Infantile
1940
- 28 - CHABERT (J. de)
Etude des démenances infantiles
Thèse Paris 1934
- 29 - CLARDY (L.P.)
Developpement and course of schizophrenia in children. Psych.Quart. 1951 25
- 30 - CLAUDE (H.) , HEUYER (G.) et LACAN (J.)
Un cas de démence précocissime
Ann.Méd.Psych. 1933 I 620
- 31 - COMBY (J.)
Les encéphalites chez l'enfant
Thèse Paris 1935

- 32 - CONSTANTINIDES (C.)
Un cas de schizophrénie infantile
Rev.Neur.Psych. Inf. 1955 3 4 I7I-I76
- 33 - CORBOZ (J.R.)
Conceptions actuelles de la schizophrénie infantile
Annals Criança Portuguesa 1954-1955 I4 7I-II2
- 34 - CREAK (M.)
Les psychoses infantiles
in Psy.Soc. de l'enfant CIE 1951 177-181
- 35 - CREAK (M.)
Psychoses in childhood
Jnal of Ment. Sc. 1951 97
- 36 - DECROLY (O.)
Démence et idiotie chez l'enfant
Jnal Belge Neur.Psy. 1930 30
- 37 - DESPERT (J.L.)
Schizophrenia in children
Psych.Quart. 1938 366-371
- 38 - DESPERT (J.L.)
A comparative study of thinking in schizophrenia
Am.Jnal Psych. 1940 97 189-213
- 39 - DESPERT (J.L.)
The early recognition of childhood schizophrenia
Med.clinics of North America 1947 680-687
- 40 - DESPERT (J.L.)
Psycho-therapy in child schizophrenia
Am.Jnal. Psych. 1947 104 36-43
- 41 - DESPERT (J.L.)
Diagnostic criteria of schizophrenia in children
Am.Jnal. of Psychoth. 1952 6 I 148-163
- 42 - DESPERT (J.L.)
Differential diagnosis between obsessive compulsive
neurosis and schizophrenia in children
Psychopath. of Childhood 1954 240-253
- DESPERT (J.L.) et BYCHOWSKI
Techn.Psych.analytiques , P.U.F. 58
- DIATKINE (R.) et STEIN (C.)
Les psychoses de l'enfance.Evol.Psych.1958 2 277-322
- DIATKINE (R.) et LEBOVICI (S.)
Les fantasmes chez l'enfant.-Rev.Fr.Psychanal. 1954
18 108-144

- 45 - DUBO (S.) et RABINOVITCH (R.)
Child psychiatry
New York 1954 9 502
- 46 - DURANTON (P.)
La schizophrénie infantile
Thèse Paris 1953 274
- 47 - DURANTON (P.)
La démence de Heller
Rev.Neuropsych. Inf. 1955 11-12 571-575
- 48 - EICHKOF (L.F.)
Le traitement de la schizophrénie chez l'enfant
Jnal Ment. Sc. 1955 101 399-403
- 49 - EISENBERG (L.)
The course of childhood schizophrenia
Arch.Neur. and Psych. 1957 78 69-83
- 50 - EKSTEIN (R.) et WALLERSTEIN (J.)
Observations on the psychology of border line and
psychotic children
Psychoanal.Study of child 1954 9 344-369
- 51 - EMMINGHAUS (H.)
Die psychosischen stormigen des kindesalter
Tübingen en 1887
- 52 - FALSTEIN (F.J.)
Psychoses in children
Med. Jnal Illinois 1939 76 277-281
- 53 - FAURE (J.L.)
Formes des insuffisances mentales chez l'enfant
Sauv.Enf. 1953 9-10 729-748
- 54 - FELD (M.), MISLS (R.) et LANDRY (M.)
La pneumoencéphalographie dans les schizophrénies
infantiles et juvéniles
Rev.Neuropsych.Inf. 1956 11-12
- 55 - FELD (M.) et LANDRY (M.)
L'encéphalographie gazeuse dans les schizophrénies
infantiles
Comm. IIIème symposium de l'U.E.P. Zürich 1957
- 56 - FONTES (V.) et SCHNEENBERGER (J.)
Contribution portugaise à l'étude de la schizophré-
nie infantile
IIIème Symposium de l'U.E.P. Zürich 1957

- 57 - FUST (H.)
Über schizophrenia in kindes alter
Für psych.Neur. 1931
- 58 - GLOVER (E.)
Vue analytique des troubles nerveux , du caractère
et de psychoses de l'enfant
in Psych.Soc. de l'enfant C.I.E. Paris 1951
- 59 - GOLDFARD (W.)
Receptor preferences in schizophrenic children
Arch. Neur. and Psych. 1956 76 643-652
- 60 - GREEN (A.)
Le milieu familial des schizophrènes
Thèse Paris 1957
- 61 - GUIDO (G.)
Della demencia precocissima
Rev. de Freniatria 1910 8
- 62 - HALBERSTADT (G.)
La forme héboïdophrénique de la démence précoce
Ann.Méd.Psych. 1925 6
- 63 - HALBERSTADT (G.)
La démence précoce chez l'enfant
Rev.Neur. 1926 2 209-219
- 64 - HARMS (E.)
Childhood schizophrenia and childhood hysteria
Psych. Quart. 1945 19 242-257
- 65 - HARMS (E.)
Our present knowledge of schizophrenia of children
Nerv.Child. 1952 10 7-8
- 66 - HASSLER (A.)
La schizophrénie infantile
Thèse Zurich 1949
- 67 - HELLER (T.)
Über dementia infantilis
Zeitschrift für Kinder 1930 661-667
- 68 - HENDRICKSON (W.J.)
Etiology in childhood schizophrenia
Nerv. Child. 1952 10 9-18
- 69 - HEUYER (G.), BOREL (A.)
Délire de rêverie
Soc.Psych. 1922 et Ann.Med.Psy. 1935 2 682

- 70 - HEUYER (G.), LAMACHE (A.)
Délire de rêverie et automatisme mental
Jnal. Psych. 1925 19 2
- 71 - HEUYER (G.), BADONNEL (M.) et BOUYSSOU (M.)
Les voies d'entrée dans la démence précoce
Ann.Med.Psych. 1929 30 117-129
- 72 - HEUYER (G.), SERIN (M.)
Psychose perverse à type de voie d'entrée dans la
démence précoce
Ann.Med.Psych. 1930
- 73 - HEUYER (G.), DUBLINEAU (J.) et MORGENSTERN (S.)
Rêverie délirante chez un enfant
Ann.Med.Psych. 1932 153
- 74 - HEUYER (G.), DUBLINEAU (J.) et CHABERT (J. de)
Démences infantiles
Arch.Neur. 1934 12 521-560
- 75 - HEUYER (G.), LEOVICI (S.) et WASSEF (W.)
La schizophrénie infantile, formes cliniques,
3 observations
Ann.Med.Psych. 1951 109 611-616
- 76 - HEUYER (G.)
Enquête sur le pronostic des troubles du caractère
chez l'enfant
Ier Congrès mondial de Psych.Inf.Paris VII 1950
- 77 - HEUYER (G.), BOUVIER (R.), MISES (R.) et LANDRY (M.)
Syndrome catatonique chez une fillette de cinq ans
Ann.Med.Psych. 1956 2 84-87
- 78 - HEUYER (G.), JUBEDIEU (C.), LANG (L.) et FARDEAU (M.)
Début remarquablement précoce d'une schizophrénie
infantile avec manifestations obsédantes
Ann.Méd.Psych. 1956 2 87-90
- 79 - HEUYER (G.), LECASBLE (R.), LELORD (G.) et FARDEAU (M.)
Corrélations électrocliniques au cours des schizo-
phrénies de l'enfance
Rev.Neur.Psych.Inf. 1956 11-12
- 80 - HEUYER (G.), LELORD (G.)
Délire de rêverie morbide
Rev.Neur. Psych. Inf. 1957 9-10 511-522

- 81 - HEUYER (G.), MISES (R.), POPOV (C.), LELORD (G.)
et TESTARD (C.)
Evolution schizophrénique de certaines arriérations
mentales
Rev.Neur.Psych. Inf. 1957 7 8 383-391
- 82 - HEUYER (G.), LAROCHE (J.)
Communications au troisième symposium de l'U.E.P.
Zurich 1957
- 83 - HIRSCHBERG (J.C.) and BRYANT (K.N.)
Problems in the differential diagnosis of childhood
schizophrenia
in Neur. and Psych. in Childhood Baltimore 1954
454 461
- 84 - KALLMAN (F.)
The role of mental deficiency in the incidence of
schizophrenia
Am.Jnal Def. 1941 45 514-539
- 85 - KALLMAN (F.)
The genetics of schizophrenia, 1954
- 85b- KALMANSON (D.)
Troubles du développement du langage chez certains
enfants psychotiques
Thèse Paris 1958
- 86 - KAMP (L.N.J.)
Les psychoses chez l'enfant
Acta Neur.Belgica 1953 309-330
- 87 - KANNER (L.)
Problèmes concernant la nosologie et la psychodyna-
mique dans l'autisme infantile précoce
Am.Jnal Orthopsych. 1949 416-426
- 88 - KANNER (L.)
Infantile schizophrenia in anglosaxon countries
IIIème Symposium de l'U.E.P. Zurich 1957
- 89 - KASANIN (J.)
A study of functional psychoses in children
Am.Jnal of Psych. 86 1307 1950
- 90 - KORNFELD (M.)
Development of schizophrenic symptoms in young
children
Nerv.Child. 1952 II 2-19

- 91 - LANDRY (M.)
Méthodologie et neuropsychiatrie infantile
Entretiens Psych. 1957
- 92 - LANG (J.L.)
Premiers résultats d'une enquête portant sur vingt
cas d'enfants suspects de schizophrénie
Rev.Neur.Psych. Inf. 1956 11-12 459-472
- 93 - LANG (J.L.), STEIN (C.) et RUEFF (D.)
Présentation d'un cas de schizophrénie infantile
suivi depuis plusieurs années
Rev.Neur.Psych. Inf. 1957 5-6 275-278
- 94 - LANG (J.L.)
L'abord psychanalytique des psychoses chez l'enfant
La psychanal. 1958 4 51-82
- 95 - LANGFELD (J.)
Quelques psychoses schizophréniformes dans l'en-
fance
Encéphale 1937 2 183-190
- 96 - LAROCHE (J.)
Contribution à l'étude des psychoses schizophréniques
de l'enfant
Mémoire (sous presse)
- 97 - LAUNAY (C.)
Un cas de schizophrénie infantile
Rev.Neur.Psych.Inf. 1956 11-12 454-459
- 98 - LAY (R.A.)
Schizophrenic psychoses in young children
Jnal Ment.Sc. 1938 105-133
- 99 - LEOVICI (S.)
Contribution à l'étude nosologique et psychopatho-
logique de la schizophrénie infantile
Ev.Psych. 1949 3 329-352
- 100 - LEOVICI (S.)
A propos du diagnostic de névrose infantile
Rev.Fr.Psychanal. 1950 I' 531-595
- 101 - LEOVICI (S.)
Les démences chez l'enfant
Psych.Soc. de l'enfant C.I.E. 1951 159-167

- 102 - LEBOVICI (S.)
A propos du diagnostic en psychiatrie infantile
Sauv. de l'enf. 1954 9 525-529
- 103 - LEBOVICI (S.)
Contribution de la psychanalyse à la psychiatrie infantile
Acta Neur. Belgica 1955 539-550
- 104 - LEBOVICI (S.)
A propos d'une observation de psychose infantile
Ev.Psych. 1956 4 843-859
- 105 - LEBOVICI (S.)
A propos des indications des techniques psychanalytiques dans les états psychotiques de l'enfance
Rev.Fr.de Psychanal. 1956 4 541-577
- 105 - LEBOVICI (S.)
Approche psychodynamique de la schizophrénie infantile
Rev.Neur.Psych.Inf. 1956 11-12 402-409
- 106 - LEBOVICI (S.)
Les obsessions chez l'enfant
Rev.Fr.Psychanal. 1957 18 108-144
- 108 - LUTZ (J.)
Über die schizophrenie im kindersalter
Schweiz Arch.für Neur. und Psych. 1937 38 335 372
40 141-161
- 109 - LUTZ (J.)
Les psychoses aiguës accompagnant les affections corporelles et la schizophrénie chez l'enfant
Schweiz.Med.Woschr. 1950 774-776
- 110 - MAHLER (M.)
Remark on psychoanalysis with psychotic children
Quar.Jnal Child. behaviour 1949 18-21
- 111 - MAHLER (M.)
Autistic and symbiotic infantil psychoses
Psych.Stud. of Child 1952 7 286-305
- 112 - MALE (P.)
La genèse des troubles du caractère chez l'enfant
Ev.Psych. 1952
- 113 - MALE (P.), GREEN (A.)
Les préschizophrénies de l'adolescence
Evol.Psych. 1958 2 323-375

- 114 - MICHAUX (L.)
Psychoses chez l'enfant
in Psychiatrie sociale de l'enfant 1950 C.I.E. 169-177
- 115 - MICHAUX (L.)
Les délires chez l'enfant
Le journal de pédiatrie 1958 8 et Rev.Neur.Psych.Inf.
1955 II 510-515
- 116 - MICHAUX (L.), DUCHE (D.J.) et STEIN (C.)
Difficulté de la discrimination d'une démence précocissime et d'une arriération mentale évolutive à propos d'une observation
Rev.Neur.Psych.Inf. 1956 11-12 397-401
- 117 - MICHAUX (L.) et FLAVIGNY (H.)
Un diagnostic délicat de la schizophrénie infantile : les démences organiques
Rev.Neur.psych.Inf. 1956 11-12 433-436
- 118 - MICHAUX (L.)
Traitement de la schizophrénie infantile
La Presse Med. 3-1956 37 865-867 et Rev.Neur.Psych. Inf. 1957 11-12 542-546
- 120 - MINKOWSKI (E.) et MINKOWSKA (F.)
Psychopathologie et test de Rorschach
Ev.Psych. 1947 3 65 133
- 121 - MOOR (L.)
Données et limites de l'examen psychologique des enfants schizophrènes
Rev.Neur.Psych.Inf. 1956 11-12 415-419
- 122 - NIELSEN (C.)
L'enfance des schizophrènes
Acta Neur.Psych. Scandinavia 1954 281-290
- 123 - PIOTROWSKI (Z.A.)
A comparison of congenitally defective children with schizophrenic children
Am.Ment.Def. 1937 61-78
- 124 - POTTER (H.W.)
Schizophrenia in children
Am.Jnal Psych. 1933 89 1253-1270
- 125 - PUTNAM (M.C.)
Some observations on psychoses in early childhood in emotional problems of early. London 1955

- 126 - RACAMIER (P.C.)
Etude des frustrations précoces
Rev.Psychanal. 1953 3;1954 4
- 127 - RANK (B.)
Adaptation of the psychoanalytic technic for the
treatment of young children of young atypical
development
Am.Jnal Orthopsych. 1949 19 130-139
- 128 - RANK (B.)
Un cas de pseudo-schizophrénie infantile
Am.Jnal. Orthopsych. 1951 21 135
- 129 - RICHARDS (B.W.)
Schizophrénie de l'enfance et débilité mentale
Jnal.Ment.Soc. 1951 97 290-332
- 130 - RIVAILLE (C.)
Contribution à l'étude des schizophrénies traitées
par l'insuline
Thèse Paris 1957
- 131 - RUMKE (H.C.)
Over psychosen bij kinderen
Geneesk bladen Utrecht 1927
- 132 - SANCTIS (H.C.)
Dementis praecocissima catatonica
folio Neur. Biol. octobre 1908
- 133 - SEVESTRE (P.)
Contribution à l'etude clinique des obsessions
chez l'enfant
Thèse Paris 1956
- 134 - SHILDER (P.)
Reactions types ressenbling functional psychoses
in childhood
Ment.Hyg. 1935 19 439
- 135 - SHURMANS (J.)
A propos de la schizophrénie chez l'enfant
Acta Neur.Belgica 1952 52 435-460
- 136 - SOLOMON (R.)
Apparition simultanée d'une schizophrénie chez
deux jumeaux identiques
Am.Jnal Psych. 1956 112 912-915

- SPERLING (M.)
Reactive schizophrenia in children
Am. Jnal Orthopsychiat. 24 506-512 1955
- SPIEL (W.)
Le problème de la schizophrénie chez l'enfant
Wien Medical 1955 105 595-597
- SPITZ (R.)
Genèse des relations objectales
Rev. Fr. Psychanal. 1954 4 479-576
- STEIN (C.)
Le mutisme chez l'enfant
Thèse Paris 1952
- STEIN (C.)
Les débuts de la schizophrénie
Ev. Psych. 1954 4 721-750
- STEIN (C.)
Essai d'application de la méthode génétique en
psychopathologie
Ev. Psychiat. 1956 4 901-929
- TARGOWLA (R.) et LAMACHE (A.)
La débilité mentale évolutive
Pratique Med. Oct. 1933
- VOGT (L.)
Uber dementia praecox im kindesalter
Zeitschrift für Neur. Psych. 1919 48 167-234
- WAAL (N.)
Un cas de schizophrénie de la première enfance
Acta Neurologica Oslo 1947
- WEIGANDT (W.)
Dementia praecocissima und dementia infantilis
Med. Welt 1933 7
- ZAPPERT (J.)
Démence de Heller
Jnal de Psych. 1938 6 161

